Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 4 stycznia 1879. № 1. Rok XVIII.

I. Przyczynki do kazutstyki chirurgicznéj *).

Napisał Dr. Jan Szeparowicz,
prymaryjusz oddziału chirurg. we Lwowie.

5. Kazuistyka chirurgiczna krtani.

a) **Uwagi dotyczące cięcia krtani tarczykowego** (*Thyreotomia, Laryngofissio, Laryngotomia*) **i opis odnośnych czterech przypadków.**

Sądzę, że dziś nie bez obawy przystępuje każdy chirurg do ogłoszenia swoich przypadków cięcia krtani tarczykowego, albowiem mało który rękoczyn w chirurgii podlega tak znacznym a w znacznéj części słusznym zarzutom jak niniejszy. Stąd to pochodzi, że prawie wszystkie nowe opisy kazuistyczne tego rękoczynu, a nawet i te, które pochodzą z pióra takich autorów, których imię powinnoby nadać sankcyi kazuistyce, rozpoczynają się od uwag, mających na celu nadanie dotyczącym przypadkom cechy koniecznego wskazania, w rzeczy samej zaś zasłonięcie ich od spodziewanych zarzutów. Jest to niewątpliwie słabą stroną rękoczynu, albowiem przeciwnicy mogą słusznie powiedzieć *„qui s'excuse s'accuse!"* I w rzeczywistości gdy się sumiennie i bezstronnie rozbierze swoje własne i obce z literatury znane przypadki, należy przeciwnikom przyznać słuszność, że tylko w bardzo małéj liczbie tychże a może nawet w żadnym nie możnaby w obec przeciwnego zdania obronić konieczności wskazania do rękoczynu. Z tego atoli nie wynika, jakoby wykonanie rękoczynu w danym przypadku nie miało być usprawiedliwioném. Dla zrozumienia tych ogólnych wstępnych uwag raczą mi czytelnicy mniéj z przedmiotem obznajomieni pozwolić, ażebym historycznie i krytycznie rzecz przedstawił, zanim szczegółowo moje przypadki opiszę.

Przez tyreotomiję lub laryngofissiję należy rozumieć ów rękoczyn, za pomocą którego otwiera się w celu leczniczym jamę krtaniową w zespojeniu chrząstek tarczykowych z rozcięciem więzadeł gnyko-tarczykowego jakoteż pierścienio-tarczykowego lub bez takowego. Pierwsze tego rodzaju rękoczyny były wykonywane w celu wydobycia obcych ciał z krtani, albowiem tylko tego rodzaju rozpoznanie było łatwém w czasach przed wynalezieniem wziernika krtaniowego. Według niektórych autorów podał pierwszy Desault ten rękoczyn w r. 1801, zaś według Planchona, który napisał w roku 1869 bardzo szczegółową i starannie opracowaną rozprawę o cięciu krtani, a z którego Hüter czerpie swoje zapiski historyczne, pierwszy Pelletan wykonał w r. 1788 ten rękoczyn z pomyślnym skutkiem celem wydobycia kawałka mięsa z krtani. Na okres przedwziernikowy przypada w literaturze 11 przypadków cięcia krtani tarczykowego, a z tych tylko dwa przypadki tyczą się nowotworów krtani, a mianowicie pierwszy przypadek Brauersa operowany w r. 1833, a drugi Ehrmana w r. 1844. Tylko ten ostatni do niedawna znany był w świecie lekarskim jako przypadek tyreotomii wykonanéj w epoce przedwziernikowéj z powodu nowotworu w krtani (Bruns *„die erste Ausrottung eines Polypen in der Kehlkopfshöhle* 1862 str. 13). W okresie po wynalezieniu wziernika krtaniowego zwiększyła się liczba przypadków znacznie, tak że Hüter podaje w swojéj monografii 31 przypadków z tego okresu, w którym to spisie znajdujemy także nazwisko śp. Gilewskiego; zaś Mackenzie (w swojéj rozprawie z r. 1873) przytacza 49 przypadków.

W lipcu r. 1861 wykonał Bruns pierwszy ów sławny rękoczyn w drodze wziernikowéj (*endolaryngeal)* na swoim własnym bracie z powodu ukleju krtani z pomyślnym skutkiem (l. c.). Odtąd chirurgija krtani zaczyna się tak raźno rozwijać, że już w r. 1873 wystąpił Mackenzie, laryngoskopista par excellence, z odkrytą przyłbicą wydając wojnę tak zwanym przez niemców laryngofissorom (!) (*„On the results of thyrotomie for the removal of growths from the larynx. London* 1873). Po surowéj krytyce tyreotomii zamyka on swoje zdanie w takiém orzeczeniu, że tyreotomija jest tylko w takich przypadkach usprawiedliwioną, w których fachowy laryngoskopista uzna niemożność rękoczynu w drodze wziernikowéj.

W tym samym zaś roku pojawiła się także monografija

*) Ciąg dalszy artykułów z r. 1778.

Hütera niewątpliwie bez znajomości pracy Mackenziego napisana, (*Tracheotomie und Laryngotomie, Handbuch der allg. und speciellen Chirurgie Billroth-Pitha III B. I Abth. 5 Liefer.* 1873). Hüter, chirurg par excellence, usiłuje tyreotomii zabezpieczyć szerszy zakres wskazań a zatém dać jéj pierwszeństwo przed metodą wśródkrtaniową.

Z późniejszych prac zasługują na uwzględnienie: Schröttera rozprawa „*Laryngologische Mittheilungen* 1875“ gdzie na str. 62 znajdujemy czcionkami rozstrzelonemi następujący ustęp: „Nie przeceniając stanu rzeczy mogę na podstawie przypadków wyrazić zdanie, że nie ma guza w krtani, chociażby był jak najmniejszy i jakąkolwiekby miał siedzibę w krtani, i znajdował się u osoby najdrażliwszéj, któregoby nie można w najkrótszym czasie z całą pewnością i bez najmniejszego niebezpieczeństwa dla chorego usunąć w drodze wziernikowéj;“ Jelenffyego, docenta laryngoskopii w Budapeszcie, b. asystenta Störka: „*Gegen die Laryngofissio*n“ (*Wiener med. Wochenschrift* 1873, Nr. 50 i 51), który swoją krytykę kieruje szczegółowo przeciw Hüterowi. Pomijając innych autorów pro i contra wspomnę jeszcze tylko o kazuistycznych rozprawkach dwóch autorów, którzy między skrajnemi zdaniami zajmują stanowisko pośrednie, a według mego zdania jedynie racyjonalne: Navratil prof. w Budapeszcie jest niewątpliwie kompetentnym sędzią w tym sporze, albowiem opiera swoją rozprawkę (*Zur Kasuistik der Kehlkopfneubildungen. Wiener med. Wochenschrift* 1874 Nr. 8, 9 i 10) na 26 przez siebie operowanych nowotworach krtaniowych, z których w 12 przypadkach dokonał rękoczynu za pomocą cięcia tarczykowego a w 14 w drodze wziernikowéj. Autor ten przyczynę sporu przypisuje téj okoliczności, że z jednéj strony za tyreotomiją kruszą kopiję fachowi chirurdzy, a przeciw niéj występują fachowi laryngoskopiści; tak pierwsi jak ostatni są zbyt jednostronnymi, a prawda leży po środku, albowiem tak jedna jak i druga metoda ma swoją racyję bytu. Czerny, prof. kliniki chirurg. naówczas w Fryburgu (*Zur Thyreotomie. Wiener med. Wochenschrift* 1876, Nr. 9, 10) opisując jeden przypadek tyreotomii przez siebie wykonanéj w roku 1875 wyraża zdanie, że tyreotomija ma swoje wskazania, jakkolwiek te ostatnie są obecnie w obec rezultatów osiągniętych przez laryngoskopiję znacznie inne, aniżeli były przedtém, i że w danym przypadku wybór metody musi być wynikiem indywidualnego taktu operatora.

Prosząc szan. czytelników o wybaczenie mi wejścia nieco szczegółowego w dziedzinę historyi niniejszego rękoczynu, co atoli uważam za bardzo ważne dla każdego, kto chce należycie ocenić wartość i doniosłość metody, przystępuję do ocenienia téj ostatniéj ze stanowiska własnego doświadczenia a z uwzględnieniem zdania innych autorów. Atoli na ten cel pozwolę sobie najprzód przytoczyć krótki opis przebiegu samego rękoczynu. Takowy niekoniecznie wykonywa się zawsze według jednéj i téj saméj metody. W najnowszych czasach zaś służy za wzór następujący sposób operowania: Robi się na kilka dni lub bezpośrednio przed rozpoczęciem właściwego rękoczynu tracheotomiję niską (*tracheotomia infrathyreoidea*) i wkłada się do tchawicy rurkę tamponową Trendelenburga celem umożliwienia narkozy a tém samém uzyskania swobody operowania wśród drażliwéj krtani bez mimowolnych przeszkód ze strony chorego; poczém prowadzi się cięcie od kości gnykowéj aż do chrząstki pierścieniowéj albo i dłuższe w linii środkowéj i dochodzi się warstwowo aż do grzebienia odpowiedniego zespojeniu chrząstek tarczykowych; przytém używa się tylko nożyka, nie zaś jak w tracheotomii narzędzi na tępo działających, albowiem tu nie zachodzi obawa znaczniejszego krwawienia. Doszedłszy do zespojenia chrząstek tarczykowych należy jeszcze raz starannie zbadać pole operacyjne, ażali nie ma krwawienia, poczém przecina się spójnię chrząstek tarczykowych jak najdokładniéj w linii środkowéj. Na ten cel jedni autorowie radzą używać skalpelów, inni nożyc, a inni znów bisturów gałkowych. Ja używałem w swoich przypadkach zawsze tylko małych skalpelów operując od zewnątrz ku wewnątrz. Chcąc użyć bisturu gałkowego uskutecznia się ostrym bisturem w linii środkowéj u dolnego kąta zespojenia tarczykowego lub w więzadle pierścienio-tarczykowém mały otwór, poczém wkłada się bistur gałkowy końcem ukośnie ku wewnątrz i przecina się w linii środkowéj od wewnątrz ku zewnątrz. Tak samo można użyć i nożyc. Są to atoli drobne szczegóły zależne w danym przypadku od przyzwyczajenia i zapatrywania operatora. Ważniejszém jest pytanie, jak długie ma być cięcie w zespojeniu tarczykowém? Otóż w téj mierze literatura dostarcza różnych przykładów. Niektórzy operatorowie uskuteczniali cięcia długie obejmujące oprócz spójni tarczykowéj u góry więzadło gnyko-tarczykowe aż do kości gnykowéj, u dołu więzadło pierścienio-tarczykowe a nawet i chrząstkę pierścieniową i jeden lub więcéj pierścieni tchawiczych. Hüter przytacza jako przykład tak długich cięć przypadki Ehrmana, Gourdon Bucka, Sandsa, Boekla, Gouleya i namienia, że w tych 5 przypadkach trzy razy pozostał po operacyi bezgłos (*aphonia*). Prawdopodobnie nie jest to li przypadkiem i Hüter zdaje się mieć słuszność utrzymując, że takie długie cięcia wywołują swobodną poruszalność chrząstek tarczykowych a skutkiem tego następowe ich zespojenie ze zboczeniem w wzajemném położeniu. Atoli ja sądzę, że oprócz téj okoliczności musiała tu odgrywać rolę i inna, a mianowicie sama choroba, która czyniła potrzebne tak rozległe cięcia. W moim 3cim przypadku, mimo że nie uskuteczniłem tak długiego cięcia, doznałem téj nieprzyjemności, że struny głosowe przedstawiały po wygojeniu widoczne zboczenie w wzajemném położeniu, a mianowicie jedna przedstawiała się poniżéj drugiéj u przedniego kąta, a jednak głos był prawie zupełnie prawidłowy, a w każdym razie nierównie lepszy, aniżeli przed dokonaniem rękoczynu. Jakkolwiekbądź jednak należy unikać zbyt długich cięć o ile można. Wręcz przeciwnie długim cięciom zaleca Navratil tylko częściowe rozcięcie spójni tarczykowéj aż do miejsca osadzenia strun głosowych. Byłoby rzeczywiście rzeczą bardzo pożądaną, aby takie cięcie wystarczyło. Atoli ktokolwiek ma doświadczenie musi przyznać, że niejednokrotnie nawet po zupełném przecięciu spójni tarczykowéj a nawet mimo rozcięcia błony gnyko-tarczykowéj lub pierścienio-tarczykowéj tak niedostatecznie wglądać można do wnętrza jamy krtaniowéj, że ma się do walczenia z największemi trudnościami. Mój czwarty przypadek pouczył mnie dostatecznie w téj mierze. Zgrubienie ścian krtani było tu tak znaczne, że potrzeba było dobrze rozciągać brzegi haczykami, ażeby przy pomocy światła odbitego zaledwie zajrzeć do wnętrza. W pierwszym zaś moim przypadku było tak dużo guzków nowotworowych, że kilkakrotnie zabieraliśmy się do zakończenia rękoczynu, a zawsze jeszcze przy dokładném wejrzeniu do krtani dobrze odsłoniętéj spostrzegało się tu i owdzie malutkie resztki nowotworu, które potrzeba było wyciąć lub wyskrobać. W przypadkach obcych ciał w krtani lub pojedyńczych nowotworów możeby wystarczyło takie częściowe cięcie, lecz właśnie w takich razach obecnie wskazanie tyreotomii jest zakwe-

styjonowane. Złośliwe zaś nowotwory o szerokiej podstawie, chociaż w formie pojedyńczych guzów, wymagają dokładnego odsłonięcia krtani celem doszczętnego wycięcia z podstawą, a na ten cel częściowe cięcie nie wystarczy. Hüter zezwala na przecięcie całej spójni tarczykowéj z wyjątkiem bodaj najwęższéj listewki u góry dla zabezpieczenia prawidłowego wzajemnego ułożenia chrząstek. I owszem należy tak postępować, gdzie można! Ja w żadnym z moich czterech przypadków nie mogłem zastósować częściowego cięcia, jak to się z opisu okaże. Po dokonaniu rękoczynu w krtani należy w przypadkach takich nowotworów, które mają jawną skłonność do powrotu, użyć po ich wycięciu 30% chlorku żelaza; poczém wyczyściwszy ranę należycie można nałożyć kilka szwów guzkowych w brzegach powłok u góry, a zresztą przylepcem zbliżyć je do siebie i zastósować zwykły opatrunek na ranę. Szwów nie należy przez chrząstki przeprowadzać, albowiem łatwo mogłaby nastąpić zamartwina tychże. Rurkę tamponową zamienia się na drugi dzień na zwykłą rurkę tchawiczą, a jeżeli cel rękoczynu został zupełnie osiągnięty, wyjmuje się i tę po kilku dniach lub późniéj.

(Dalszy ciąg nastąpi.)

II. O zachowaniu się chorych syfilitycznych podczas leczenia wcieraniami rtęciowemi.

Podał Dr. **Ż. Krówczyński** we Lwowie.

(Rzecz czytana w Tow. Lek. Galic.)

Najstarszym a pierwotnie nawet jedynym umiejętnym sposobem leczenia kiły było, jak wiadomo, używanie wcierań z szaruchy, któremi w starożytności leczono wyrzuty skórne, a szczególnie objawy trądu. Wcierania rtęciowe, jakkolwiek w nieco odmienny sposób jak w średnich podawane wiekach, dotąd jednak najczęściéj stósujemy w leczeniu kiły tak, że zdanie Mikołaja Massy: „*Inunctiones cum argento vivo, etsi multis ingratae sint, profecto tamen si cum observatione ipsa et conditionibus requisitis quis utatur, est infallibilis et securissima via sanandi hanc aegritudinem*“ najzupełniéj do teraźniejszych czasów zastósować można. Niedaleko zaprowadziły nas wynalazki i odkrycia późniejszych wieków w leczeniu kiły, uprościły wprawdzie pierwotną metodę używania rtęci, rzecz jednak sama nie uległa zmianie, bo tak jak przedtém tak i teraz najskuteczniéj leczymy kiłę rtęcią w formie wcierań. Z zachowaniem środka leczniczego zachowaliśmy wiele przesądów pierwotnego użycia, których postęp czasu nie zniszczył, chociaż niektóre z nich koniecznie wyrugować należy. Jeśli zaś w któréj gałęzi pozostało mnóstwo przesądów, które zachowują lekarze a pielęgnują przez tradycyję leczący się, to najniezawodniéj w syfilidologii, co usprawiedliwia z jednéj strony ta okoliczność, że ta gałąź medycyny jest w gruncie rzeczy bardzo młodą, a powtóre że ją zawsze po macoszemu traktowano. Kilkowiekowe grasowanie kiły, odkąd na nią zwrócono uwagę, bynajmniéj nie sprzeciwia się twierdzeniom, że syfilidologija jako nauka jest bardzo młodą, albowiem postęp nauk lekarskich przez doniosłe odkrycia w téj gałęzi tak wielkie sprowadził zmiany w zapatrywaniu na choroby weneryczne i syfilityczne, że nauka obejmująca te choroby zupełnie się przekształciła, a przeto w nowéj zupełnie a świeżéj szacie nam się przedstawia.

Fałszywe zapatrywania średnich wieków na choroby weneryczne, a względnie kiłowe, usprawiedliwiają leniwy w nauce postęp w owym czasie, do czego przedewszystkiém przyczynili się lekarze, którzy tak stronili od téj gałęzi wiedzy lekarskiéj, jak publiczność od dotkniętych zarazą. Można wybaczyć przeszłości macosze traktowanie, ale w wieku równouprawnienia powinniśmy powrócić syfilidologii należne jéj miejsce i umieścić kiłę w rzędzie chorób, któremi ani pogardzać, ani brzydzić się nie powinniśmy. Straszne piętno choroby odbija się dotąd na tych, którzy jéj walkę czynami wypowiadają, a na dowód, że syfilidologija jako gałąź wiedzy lekarskiéj nie doczekała się uznania, przytaczam fakt znany, iż do téj chwili nie wszędzie nauczanie jéj jest obowiązkowém, i na wielu wydziałach lekarskich za granicą nie ma osobnych mistrzów, którzyby swą wiedzę i doświadczenie na pokolenie kształcących się przelewali. Jeżeli więc korporacyje uczone, a nawet rządy nie uwolniły się od uprzedzeń, jakże można nie być wyrozumiałym na błędne zapatrywania się publiczności, które przecież są bardziéj usprawiedliwione i trudniéj do wykorzenienia, aniżeli przekonać uczone ciała o potrzebie nauczania. Nie mając jednak zamiaru rehabilitowania saméj choroby, ani udowodniania potrzeby zakładania katedr odpowiednich, bo tego postęp czasu sam dokona, przechodzę do właściwego założenia tj. wykazania, że niektóre przesądy średniowieczne dotąd zachowaliśmy. Takim przesądem jest zdaniem mojém stwarzanie metod leczenia, które miały prawo bytu w epoce scholastycyzmu, a które, sądzę, tylko z tradycyją i przez nieuwagę do naszych czasów się zakradły.

Rozumiejąc przez metody lecznicze ogólne prawidła, od których leczącym odstąpić nie wolno, pojmiemy że one mogły wtedy istnieć, kiedy o indywidualizowaniu w terapii nie było mowy, i kiedy nauki pomocnicze i lekarskie obdarzały nas tylko ogólnikami; obecnie zaś stanowisko wiedzy lekarskiéj a przedewszystkiém terapii jakkolwiek nie wyklucza metod, to przecie dozwala na nie o tyle tylko, o ile koniecznie potrzebną jest znajomość reguły dla poznania wyjątków. A ponieważ organizm każdego człowieka jest, że tak powiem, wyjątkiem od ogólnego prawidła, bo przedstawia pewne cechy właściwe tylko sobie samemu, potrzeba indywidualizowania zupełnie znosi ogólnę metody, które właśnie dlatego, że są zanadto ogólne, są błędne i przesądne. Zresztą niechby istniały metody, byle nie zmuszały wykonawców do bezwzględnego i ślepego posłuszeństwa, które jak świadczy historyja wiele szkody w syfilidologii wyrządziło.

A prócz pedantyzmu poszczególnych metod pedantyzm w wynajdywaniu coraz nowszych sposobów leczenia, który aż do dni naszych się utrzymał, był najszkodliwszym, tém bardziéj, że najczęściéj nowe sposoby grzeszyły przeciwko prawom logiki, a jeszcze częściéj przeciwko prawom fizyjologicznym i prawom natury.

Jeżeli wypowiadamy dzisiaj walkę metodom, to przedewszystkiém dlatego, że one tamowały postęp w syfilidologii, i inaczéj tu być nie mogło, gdy powagi stwarzające metody nie czuły potrzeby usprawiedliwiania swych wymysłów, a lekarze przyjmowali chętnie słowa wyroczni i łatwo je sobie przyswajali, nie przypuszczając w nich braków dla tego, że były dziełem powag naukowych, lub znakomitych badaczy.

Bynajmniéj nie przypuszczam, abym zdołał obalić błędne zapatrywania istniejące obecnie w syfilidologii, bo do tego nie czuję ani sił, ani tego nie mam obecnie na celu, ale w danéj chwili pragnę poddać dyskusyi sprawę zachowania się chorych podczas leczenia rtęcią z szczególném uwzględnieniem wcierań szaruchy, o czém każdy z czytelników

z własnego doświadczenia wyrobił sobie zdanie, i aby z tej dyskusyi się dowiedzieć, o ile moje tłumaczenie i postępowanie jest właściwe. Wielka ilość metod, które miały niezawodnie leczyć kilę dozwalają przypuszczać, że nie wszystkie równe zachowanie się chorym podczas leczenia kiły przepisywały, a historyja wcierań świadczy, że najczęściéj metody różniły się w drobnostkowych poleceniach, a nieraz w śmiesznych błahostkach. Nie będę rozbierał szczegółowo tych metod leczenia, które historyja nam przechowała, wydaje mi się jednak nieodzownem przypomnieć choć w krótkości, jak postępowano od najdawniejszych czasów w leczeniu kiły, jak wcierania wykonywano, i na co wreszcie szczególną zwracano uwagę.

Z umysłu nie wspomnę o postępowaniu leczących w początkach 15go i 16go stulecia, choćby dlatego, że niemi nie byli lekarze, lecz amatorowie zysków, często posługacze kąpielowi, ludzie pozbawieni wszelkiego wykształcenia; a zacznę od téj chwili, w któréj lekarze przyłożyli rękę do zwalczenia strasznie groźnéj wówczas choroby. Wychodząc z zasady, że należy jad chorobowy w ruch wprowadzić i wydalić jak najszybciéj z organizmu, a taka była przewodnia myśl pierwszych lekarzy, rozpoczynano leczenie upustem krwi, podawaniem środków przeczyszczających, krew czyszczących, późniéj polecano chorym jak największą dyjetę, a właściwie morzono głodem, dlatego aby choroba, że tak powiem, własny jad spożywając niszczyła siebie sama. Po takich przygotowaniach dopiero przystępowano do właściwego leczenia, które zasadzało się na wcieraniu maści bardzo złożonych, w których skład oprócz rtęci wchodziły ołów, srebro, złoto, ałun, siarka, terpentyna, pieprz itp. A do jakiego wyniku podobne wcierania doprowadzały, łatwo sobie wyobrazimy przypominając np. metodę leczenia Calmettego, według któréj chory używał w 6—7 dniach 6 uncyj = 270 grm. maści, w któréj rtęci znajdowała się trzecia część. Zaiste niewielu w naszym wieku znalezionoby olbrzymów, którzy takie leczenie mogliby przetrwać, a zapewne jeszcze mniéj chorych, którzyby dobrowolnie się poddali téj metodzie leczniczéj. Metoda jednak Calmettego nie była wyjątkową ani pierwszą od czasu wprowadzenia metod leczniczych w kile, których twórcą miał być hiszpański lekarz Jan Almenar w r. 1502 żyjący.

Rozpatrzmy dokładniéj tę pierwszą metodę, aby przekonać się, że wszystkie inne są naśladownictwem, które często niekorzystne wprowadzało zmiany pierwotnego systemu.

Postępowanie Almenara składało się z następujących 7 wskazań: 1) diaeta, 2) minorativa, evacuatio, 3) materiae digestio, 4) ipsius evacuatio, 5) membrorum alteratio, 6) ipsorum confortatio, 7) accidentium correctio. Wcierania rozpoczyna on trzeciego dnia, zużywając dwa pierwsze dnie na podawaniu syropów, których celem było materiae digestio, polecając nacierać wewnętrzne płaszczyzny wszystkich członków nie wyjmując dłoni i podeszwy co drugi dzień, podając w dniach wolnych od wcierań wspomniany syróp. Rozważając bliżéj jego sposób leczenia widzimy w nim niedokładności i niedostatki, które porównywać nie można z ujemnemi zmianami wielu późniéj obmyślanych i zachwalanych sposobów leczenia. Almenar przypisuje krytyczne znaczenie ślinotokowi, mimoto stara go się unikać, nie zmusza chorych do leżenia w łóżku, ani nawet nie morzy głodem. Żałować należy, że następcy Al. i twórcy przyszłych metod leczenia odstąpili od pierwowzoru, albowiem gdyby się to nie było stało, nie doczekalibyśmy się opisów, skutków leczenia, które zawsze czytelnika przerażać będą. Simon konstatując, że Hutten życie przez niewłaściwe używanie wcierań utracił, tak opisuje skutki tych sposobów leczenia:

„Po kilku wcieraniach następował ślinotok nie dający się pohamować, cała głowa brzękła, jama ustna, podniebienie i wewnętrzna powierzchnia policzków tworzyła jedno owrzodzenie, a z powodu obrzęku tych części groziło choremu uduszenie; dziąsła były owrzodzone aż do korzeni zębów, które stercząc jak palisady we wszystkich kierunkach były ruchome i wypadały; obrzękły i porozpadany język niemógł się w jamie ustnéj pomieścić, a cuchnąca ślina dniem i nocą bezustannie wśród najokropniejszych bólów wypływała często na przemian z krwią pochodzącą z owrzodzonych policzków i zębów. „Tygodniami chorzy nie sypiali ani jedli ani pili.“ Niezawodnie, że przy takim sposobie leczenia mogła choroba swój jad spożyć, niszcząc równocześnie życie a przynajmniéj na zawsze zdrowie leczonych. Tak postępowano przez cały wiek 16ty i 17ty, które obfitują w nowe sposoby leczenia, często bardzo niedorzeczne, jak np. sposób według którego niesmarowano ciała ale dolne ubranie (*calçons*) w tém przekonaniu, że rtęć zdoła zniszczyć chorobę. Jak wiadomo już w owym czasie miały wspomnione sposoby leczenia przeciwników i od tego czasu datuje się walka merkuryjalistów z antimerkuryjalistami, ale obóz przeciwników używania rtęci był nieliczny i co dziwniejsza w obozie zwolenników powyższego leczenia znajdujemy głośne imiona lekarzy. Ale też inaczéj być nie mogło, gdy wielką ilość rtęci naraz podawano polecając wcierać między dwoma płomieniami, gdy wycieńczenie kiłą dotkniętych za pomocą ślinotoku uważano za objaw korzystny przesilenia się choroby (*krisis*), gdy do wyleczenia kiły potrzeba było 4ch funtów wydzielonéj śliny, gdy chorych morzono głodem i wzbraniano nawet oddychać świeżém powietrzem. Oto w krótkich słowach skreślone postępowanie leczących w 16tém i 17tém stuleciu. Dopiero wiek 18ty zmienił postępowanie, chociaż nie umniejszył chęci stwarzania coraz nowszych metod, a największą zasługę położył H. Haguenot profesor z Montpellier, który modyfikując sposób leczenia swego poprzednika Chicogneaua, również z Montpellier, jest twórcą metody, którą powszechnie montpellierską nazywamy. Ona porzuciła wszelkie przedwstępne leczenie, które wszystkie metody wielce ceniły dozwalając wyjątkowo na upust krwi lub użycie ciepłéj kąpieli. A postępujący według tego sposobu leczenia przystępowali bezpośrednio do wcierań szaruchy co drugi lub trzeci dzień wykonywanych, przyczém 6 grm. rtęci używano. Podczas wcierania, które trwało do sześciu tygodni, używali chorzy często ciepłych kąpieli, oddychali świeżém powietrzem, nie trawili czasu na bezczynności i mogli spożywać pożywne pokarmy a natychmiast zaprzestawali wcierań, gdy najlżejsze objawy zajęcia gruczołów ślinnych się okazywały. Powyższa metoda miała bardzo wielu zwolenników i właściwie utrzymała się aż do naszych czasów, albowiem jak słusznie zauważył Simon, głośna obecnie metoda Sigmunda nie jest niczém innem, jeno sposobem montpellierskim, zmodyfikowanym w niektórych poleceniach przez znakomitego profesora wiedeńskiego.

Późniejsi twórcy metod odbiegli od wzoru Haguenota, jak np. Astruc, który polecał robienie wcierań przy ogniu, nie żywił dostatnio i miał na celu ślinotok, przyczém, gdy chory sześć funtów przez dzień wydzielił śliny, było za wiele, a niżéj trzech funtów było za mało.

Drugim zwolennikiem ślinotoku jest Fabre, którego metoda daleko odbiegła od montpellierskiéj a właściwie była

przeciwstawieniem ostatniéj, i któréj panowanie rozciąga się aż do początku naszego wieku, bo w sposobie Louvriera, lekarza armii austryjackiéj, znowu się odrodziła a pozyskawszy wielu zwolenników długo utrzymywała się pod jego nazwą. Nie będę szczegółowo jéj opisywał a ograniczę się do przypomnienia, że wcierania poprzedzał upust krwi, leki przeczyszczające, dwurazowe kąpiele na dzień, po których ukończeniu powtórnym upustem krwi i podawaniem leków przeczyszczających osłabiano chorych. Potém następowały wcierania kilka minut tylko trwające, przyczém obszerne przestrzenie skóry namazywano co drugi dzień, używając do 8 grm. na wcieranie; chorych ma się rozumieć trzymano na dyjecie w zamkniętych lokalach, bojąc się narazić leczonych na działanie zimna, które powstrzymać miało wszelkie wydzieliny, a przez to spaźniało wystąpienie ślinotoku, który był celem téj metody. Grand remède Fabrego a „grosse Kur“ Louvriera jakkolwiek ustąpiły zupełnie przed metodą Sigmunda, przechowały się w pamięci chorych i publiczności i nie mało przyczyniły się do uprzedzenia, na które leczenie za pomocą wcierań dotąd natrafia. Niepodobna zaprzeczyć, że obie wspomnione metody, mając na celu silne osłabienie organizmu i wywołanie ślinotoku wśród niekorzystnych warunków higijenicznych, musiały dostarczać odstraszających przykładów leczenia, które tradycyja troskliwiéj zachowuje aniżeli owe przypadki, w których tym sposobem leczeni zdrowie odzyskiwali, pozbawiając się zakażenia.

Wreszcie nadszedł wiek 19ty a z nim dynamiczne teoryje Cullena i Browna, które jak wiadomo, ukróciły szafowanie rtęcią i sprowadzanie ślinotoków, chociaż jak świadczy wspomniana metoda Louvriera i późniéj głośna Rusta, od nadużyć wynikających z błędnego tłumaczenia faktów i zjawisk nie uchroniły. Ponieważ z jednéj strony dzieje wcierań w naszym wieku są dobrze znane a powtóre rozbiór mnóstwa nowopowstałych metod wymagałby zbyt długiéj rozprawy, przeto dla uproszczenia i zbliżenia się do pierwotnego założenia niniejszego wykładu, skreślę w krótkości walkę powstałą ze ścierania się dwu sprzecznych obozów, szczególny nacisk kładąc na zachowanie się chorych podczas leczenia, jakie oba obozy leczonym zalecały. Metody 19go wieku dadzą się podzielić na dwie grupy, a mianowicie według tego czy doprowadzano do ślinotoku, który uważano za warunek wyleczenia kiły, lub też przeciwnie starano się usilnie nie dopuścić do zajęcia gruczołów ślinnych i jamy ustnéj.

Zwolennicy ślinotoków potępiając używanie środków przeczyszczających, kąpieli i ścisłéj dyjety, które metoda Fabrego uważała za konieczne, zasłaniali się potrzebą indywidualizowania, a mimo to ich przygotowawcze leczenie składało się z kąpieli i z środków czyszczących, ścisłéj dyjety a nawet często z upustów krwi, przyczém chory tylko w bardzo wyjątkowych razach mógł oddychać świeżém powietrzem a najczęściéj skazywano leczonych na oddychanie ciepłém i zużytém powietrzem.

Jeżeli leczenie przygotowawcze obliczone było na osłabienie chorych, to właściwe leczenie dokonywało tego, czego przygotowawcze nie spełniło. Wcierając średnie dawki szaruchy w krótkich odstępach czasu i do tego przy ogniu, sprowadzano w krótkim czasie ślinotoki, które dalszemi wcieraniami podtrzymywano. Wprawdzie Simon zwolennik tego sposobu leczenia, który sofistycznie broni Louvriera i Rusta, podaje, że ta metoda nie opierała się na błędném zapatrywaniu Galena i wyznawców jego nauki, którzy w obficie wydzielającéj się ślinie upatrywali czyszczenie się organizmu i przypuszczali że tą drogą organizm pozbywa się jadu kiłowego; ale mimo to trudno pojąć przewodnią myśl zwolenników ślinotoku, któremu nawet odmawiano krytycznego znaczenia. Jeśli ślinotok do wyleczenia kiły był niezbędnym i zawsze go podtrzymywać usiłowano, to w każdym razie organizm na tém cierpiał w równéj mierze, czy go leczeniem sprowadził zwolennik Galena, dla którego celem i podstawą leczenia był ślinotok, czy też zwolennik Rusta, który w ślinotoku upatrywał zjawisko posiłkujące i ułatwiające leczenie, a rozumowanie lekarzy i cel, którym się zasłaniano, bynajmniéj nie umniejszał cierpień chorym ani krzywdy wyrządzonéj organizmowi. Przyznaję się, że sofistycznego tłumaczenia Simona pojąć nie umiem i dlatego nie odróżniam zwolenników Rusta lub Louvriera od wyznawców Galena, którzy jedno i to samo zjawisko w rozmaity sposób sobie tłumaczyli. Powtarzam, że lekarze leczący kiłę przy pośrednictwie ślinotoków osłabiali w widoczny sposób organizm, bo przecież nikt nie przypuści, aby podanie czterorazowe polewki wystarczało do wyrównania zużytych tkanin organizmu, którego odnowę wszelkiemi środkami przyspieszano. Tak samo zbytnie ciepło, w którém chorych trzymano, zużyte powietrze, które odnawiać wzbraniano, brak wszelkiego ruchu i niedopuszczanie wszelkiéj pracy umysłowéj nie mogły przyczyniać się do odnowy organizmu, ale znękanego przygotowawczém leczeniem chorego jeszcze silniéj osłabiały.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. L. Mauthner (we Wiedniu): **Vorträge aus dem Gesammtgebiete der Augenheilkunde für Studirende und Aerzte.** Wiesbaden 1878. Podał Dr. E. Machek.

Mamy przed sobą pierwszy zeszyt tego dzieła, w którém rzecz jest o ajtyjologii i patologii cierpienia współczulnego oka. Są to ogładzone wykłady autora, które tenże po powrocie swoim z Insbruku miał w Wiedniu. Zadaniem wykładów Mauthnera jest wyczerpujące przedstawienie spraw chorobowych w sposób taki, aby rzecz stała się przystępną dla niespecyjalistów. Wykłady mają więc umożebnić dalsze samoistne kształcenie się lekarzy po ukończeniu nauk klinicznych, mają więc ten sam cel, co i wykłady Volkmanna.

Pierwszy zeszyt i nie specyjalista czyta z przyjemnością, gdyż rzecz jest jasno przedstawiona, materyjał trafnie ułożony. Gdyby bowiem skromną tylko miał znajomość rzeczy, nietrudno mu będzie z rzeczą dokładnie się zaznajomić, a to tém łatwiéj, że autor w prostych słowach podaje definicyję każdego niemal pojęcia ściśle naukowego. Z natury takiego dzieła wynika, iż nie znachodzimy w niém nic nowego oprócz ujmującéj formy. Na tém moglibyśmy ukończyć sprawozdanie, uznawszy zasługę autora, gdyby nie rzecz sama, choroba, którą autor omawia. Cierpienie współczulne oka jest to sprawa chorobowa, którą obok jaskry każdy lekarz praktykujący w początkach swoich już rozpoznać powinien, albowiem wielką może usługę oddać choremu, jeżeli choć zwróci uwagę jego na grożące wzrokowi niebezpieczeństwo. Kto rozpoczynającą jaskrę, kto cierpienie współczulne przeoczy, ten ciężką bierze na siebie odpowiedzialność. A że w cierpieniu współczulném nie chodzi już o wzrok jednego oka, jak przy operacyi zaćmy lub w przypadkach jaskry, lecz o wzrok j e d y n e g o oka, a więc prawie o życie człowieka, że więc lekarz praktykujący oceniając doniosłość operacyi na nią na-

legać powinien, dlatego krótkie streszczenie powyższego zeszytu pracy Mauthnera niewątpliwie i w tém piśmie będzie na swojém miejscu.

Ciałko rzęskowe obfitujące w nerwy i naczynia jest zazwyczaj punktem wyjścia cierpienia współczulnego. Uraz, czy to przypadkowy czy skutkiem operacyi, jest najczęstszą przyczyną zapalenia ciałka rzęskowego. Przyczyna, dla której ciałko rzęskowe jednego oka cierpi, jest obojętną, oko drugie zawsze jest zagrożone. Zdarzają się dość często przypadki, w których pomimo urazu i blizny w ciałku rzęskowém jednego oka drugie oko przez długie lata pozostaje zdrowém. Przypadki atoli, w których zranienie ciałka rzęskowego nawet dla oka zranionego skutków złych za sobą nie pociąga, są bardzo rzadkie. Jeżeli się dostały ciała obce do oka, to się tam zasklepiają, jeżeli drogą ropienia nie bywają z oka wydalone. Wyropienie następuje czasami po wielu latach (szkło). Bowen opisał przypadek, w którym ciało obce (żelazo) 9 lat znajdowało się w samém ciałku rzęskowém, a w innym 17 lat w środku nerwu wzrokowego, zanim nastąpiło cierpienie współczulne oka drugiego. (Wells po 26 latach, Graefe-Saemisch IV, 524). Oko pierwotnie chore zazwyczaj w wyższym lub niższym stopniu jest w stanie zaniku, kiedy występuje cierpienie współczulne oka drugiego. Co wywołało zanik? Zapalenie jagodówki *(uvea)* za pośrednictwem: *kyklitis, iridokyklitis, iridokyklochoriciditis.* Opis przebiegu słabości w oku pierwotnie chorém jest znakomity, historyja zaś operacyi Critchetta, jako niekoniecznie do rzeczy należąca, zbyteczna.

Oprócz urazu, także po operacyjach, w skutek których pośrednio lub bezpośrednio następuje zapalenie ciałka rzęskowego, może nastąpić cierpienie współczulne. Nie tylko po reklinacyi i depresyi, (któreto operacyje nie tak z obawy przed cierpieniem współczulném oka drugiego, ile raczéj z obawy stracenia samego oka operowanego porzucono), po iridodesis Critchetta, po drenowaniu Weckera, ale nawet po cięciu liniowém i płatowém spostrzegano cierpienie współczulne. Becker (1875) przytacza cztery niewątpliwe przypadki, w których po cięciu płatowém, a 15, w których po cięciu liniowém Graefego smutne następstwo to spostrzeżono. Niektórzy nawet po irydektomii widzieli cierpienie współczulne. Znane są przypadki, gdzie w skutek nowotworów powstało zapalenie ciałka rzęskowego (mięsak jagodówki, torbiel tęczówki, wsporniak siatkówki), które wywołało cierpienie współczulne. Czysto idiopatyczne zapalenie ciałka rzęskowego jest bardzo rzadkie, a jeżeli zapalenie jest skutkiem kiły, trudno powiedzieć, czy taka sama sprawa w oku drugiém jest współczulném cierpieniem, lub téż skutkiem zakażenia ogólnego. Arlt wreszcie spostrzegał tę chorobę oka po jaskrze.

Autor sądzi, że także po przebytém zapaleniu urazowém ciałka rzęskowego, które nie pociąga za sobą zaniku gałki ocznéj, zapalenie współczulne nastąpić może. Nie wszyscy na to się zgadzają. A przypadki Warlomonta, Moorena i Derbyego ośmielają autora do wypowiedzenia zdania, że nawet „bez wykazać się dającego zapalenia ciałka rzęskowego i bez zapalenia w ogóle jagodówki zapalenie współczulne nastąpić może.“ Tu dodać musimy, że tak obszerne pojmowanie cierpienia współczulnego raczéj do zagmatwania pojęć niż do wyjaśnienia przyczynić się może.

Zapalenie współczulne jest właściwie przewlekłém zapaleniem jakiejś części albo całéj jagodówki (*Iridokyklochorioiditis)*, które prowadzi do zaniku gałki. Arlt pierwszy wykazał, że nie nerw wzrokowy, jak Mackenzie sądził, lecz nerwy rzęskowe pośredniczą w téj chorobie *(Archiv f. O. 1855)*. Pierwszym objawem cierpienia jest zadraźnienie współczulne (*sympatische Irritation)*. Oznaką tego stanu jest zaczerwienienie oka, przekrwienie w okolicy ciałka rzęskowego, niedoślep, nerwobóle, peryjodyczne zamglenia, ścieśnienie pola widzenia. Późniéj występuje zapalenie jagodówki. (Zapalenie współczulne rogówki w Niemczech i u nas rzadko się zdarza, we Francyi częściéj; Vignaux podaje 9‰). Najlżejszy stopień jest zapalenie surowicze tęczówki (*iritis serosa)*. Jeżeli się wypociny pojawiają *(iritis plastica)*, natenczas po niedługim czasie wystąpi zrośnięcie źrenicy. Ten ostatni stan jest już dla oka w najwyższym stopniu niebezpieczny, gdyż prowadzi do jaskry następowéj i do zaniku nerwu wzrokowego. Tęczówka nie tylko brzegiem ale i całą tylną płaszczyzną może przyrosnąć do komórki przodkowéj, względnie do wypocin z ciałka rzęskowego (*Iritis maligna)*. Późniéj czy prędzéj i naczyniówka sama przechodzi w stan przewlekłego zapalenia, co pociąga za sobą zanik gałki. Nie są to jedyne objawy współczulnego cierpienia, Schenkl zauważał, że siwieją rzęsy powiek. Horner (1873) spostrzegał przypadek, w którym się cierpienie zaczęło od zapalenia naczyniówki w okolicy plamki żółtéj. Vigneaux w jednym przypadku widział jako pierwszy objaw zanik naczyniówki. Dawniéj już Graefe opisał zapalenie współczulne siatkówki a Rheindorf zapalenie nerwu wzrokowego. Zdaje się, że zapalenie siatkówki i naczyniówki daleko jest częstszém, niżi przypuszczamy. Rozpoznanie jednak utrudniają zmętnienia ciałka szklanego w skutek zapalenia ciałka rzęskowego wypociny nieprzeźroczyste w źrenicy.

Opierając się na przedstawionym obrazie biegu słabości i znając ajtyjologiję cierpienia współczulnego może i niespecyjalista w danym przypadku wcześnie rozpoznać słabość, która niewątpliwie prowadzi do ociemnienia, i tym sposobem wzrok choremu uratować.

Prof. Kaposi (w Wiedniu): **Proszek Goa, kwas chryzofonowy czyli raczéj Chryzarobin, kwas przyswędko-garbnikowy** *(Acidum pyrogallicum)*.

Ponieważ proszek Goa i jego składnik „Chryzarobin“ na polu terapii chorób skórnych coraz to nowe zbierają wawrzyny, przeto nie od rzeczy będzie, i jak sądzę z korzyścią dla czytelników Przeglądu Lek., podzielić się krytycznemi spostrzeżeniami znakomitego dermatologa wiedeńskiego i jego wytrawnym sądem o powyżéj przytoczonych przetworach.

Dotychczas sądzono powszechnie, że proszek Goa *(Goa Powder)*, zwany także Araroba, *Poh di Bahia*, używany oddawna w Brazylii i Indyjach wschodnich do leczenia liszaja wyłysiającego (*Herpes tonsurans*) i wyprysku obrączkowego (*Eczema marginatum*), całą swoję skuteczność zawdzięcza kwasowi chryzofanowemu, w znacznéj ilości, bo 80% w nim zawartemu; tak jednak rzecz się nie ma, albowiem C. Liebermann w Berlinie wykazał, że pierwiastek, który zapomocą benzolu wyzyskać można z proszku Goa, nie jest kwasem chryzofanowym, lecz tak zwanym Chryzarobinem t. j. istotą chemicznie obojętną, która tylko tém się różni od kwasu chryzofanowego, że zamiast jednego atomu kwasorodu zawiera jeden atom wodu; ztąd téż za dodaniem ługu potasowego i przy dostępie powietrza chryzarobin łatwo się przemienia w kwas chryzofanowy. Chryzarobin w sta-

nie chemicznie czystym przedstawia się w postaci kryształków żółtych, igiełkowatych, nie rozpuszczalnych zupełnie w wodzie zimnéj, nieco tylko w wodzie gorącéj, za to łatwo rozpuszczalnych w wyskoku ciepłym, alkoholu amylowym, szczególnie zaś w benzolu i w kwasie octowym zlodowaciałym, podobnież w tłuszczach i waselinie na gorąco rozpuszcza się z łatwością, z tego ostatniego powodu najlepiéj w celach leczniczych używać chryzarobinu w postaci maści z dodatkiem tłuszczów lub waseliny.

Rp. Chrysarobini 10,00—5,00
Ungt. emollient. v. Vaselini 40,00

Można również użyć proszku Goa w postaci maści z dodatkiem jednak kwasu octowego, który rozpuszcza chryzarobin.

Rp. Pulv. Goa 20,00
Vaselini 80,00
Acidi acetici glacial. 10,00.

Maść w ten sposób zrobiona nie drażni tak mocno skóry, jak maść z chryzarobinem i jest zarówno dzielnym środkiem terapeutycznym.

Maść chryzarobinowa zyskała dotąd najwięcéj rozgłosu z powodu dzielności swéj w leczeniu łuszczycy *(Psoriasis)*. Bezwonność jéj i niebolesność, chociaż zostanie przyłożoną na miejsca do krwi zeskrobane, już stanowią wielkie zalety, które jednak nikną w obec téj niezaprzeczonéj skuteczności, że środek ten potrafi w przeciągu dni kilku usunąć pojedyncze guzki łuszczycowe. Dodajmy do tego, że kąpieli potrzeba bardzo mało, a przedstawi się nam ten sposób leczenia jako bardzo wygodny i bardzo praktyczny. Najlepiéj na samym wstępie leczenia zalecić choremu, aby w ciepłéj kąpieli za pomocą mydła szarego usunął łuski nagromadzone w grubszych warstwach; zaraz potém należy natrzeć maścią za pomocą zwykłego pędzla szczecinowego po kolei miejsce chorobowo zajęte tak, aby tylko cienka warstwa maści pozostała na naciekach i nie rozmazywała się po skórze zdrowéj; w końcu miejsca natarte zasypują się proszkiem (pudrem, pulv. plumosus subtiliss. pulverat.) i chory wdziewa bieliznę, jeżeli można, z cienkiéj flaneli zrobioną. Pędzluje się raz, co najwięcéj dwa razy dziennie.

Najlepsze wyniki terapeutyczne osiąga się w tych przypadkach łuszczycy, gdzie tylko nacieki są porozrzucane (*Psoriasis dispersa)*, od wielkości soczewicy do wielkości talara. Pojedyncze nacieki już po 3—4 dniach złuszczają się i znikają już nawet w 6—8 dni zupełnie; po największéj części jednak wystarcza 12—20 pędzlowań. Działanie maści objawia się w ten sposób, że miejsca początkowo mocno zaczerwienione od brzegu ku środkowi bieleją, a po złuszczeniu się łuski widać miejsce odbarwione, bielsze od skóry prawidłowéj; albo też miejsce chorobowo zajęte pokrywa się strupem żółtawo-białym, który odpada i odsłania skórę gładką, zdrową, tylko mocno biało odbarwioną. Za to skóra zdrowa otaczająca nacieki zabarwia się purpurowo lub fijoletowo, a za natarciem mydłem, ciemno-fijelotowo; zabarwienie to trwa 1½—3 tygodni, poczém wśród łuszczenia się przyskórka znika. Wystąpienie purpurowych obwódek naokoło nacieków łuszczycowych stanowi zarazem oznakę, że należy zaniechać dalszego nacierania maści, jeżeli się chce uniknąć niezbyt przyjemnych następstw w postaci zapalenia skóry, dokuczającego chorym przez dni kilka lub kilkanaście.

Zastarzałe nacieki z przyskórkiem rogowato zgrubiałym, jak to nieraz spostrzegać można na łokciach, kolanach lub w okolicy krzyżowéj, najlepiéj jest zeskrobać ostrą skubaczką a dopiero potém nacierać maścią chryzarobinową; na takie miejsca nawet można maść tę przykładać na szmateczkach i przymocować opaskę flanelową, dopóki miejsca te chorobowo zajęte nie zbledną, lub dopóki zapalenie występujące na skórze nie zniewoli nas do usunięcia maści.

Autor miał już przypadki łuszczycy zajmującéj tylko kolana i łokcie wyleczone w przeciągu dni 8, przypadki łuszczycy zajmującéj podudzie wyleczone w dniach 14tu, a w ciągu 3—4 tygodni ustępowała nawet łuszczyca rozsiana po tułowiu pędzlowano zawsze raz dziennie, a przerywano pędzlowania z powodu zaczerwienienia skóry 2—3 razy. Jednakowoż i przy tym sposobie leczenia nie zawsze się udaje cierpienie zupełnie usuwać, gdyż czasem wśród leczenia występują świeże guziki; pod tym względem zatém nie ma pierwszeństwa przed innemi środkami zachwalanemi w łuszczycy, które jednak przewyższa co do szybkości i jednostajności działania.

Do stron ujemnych tego nowego środka w dziedzinie terapii chorób skórnych zaliczyć należy barwienie skóry i włosów, skutkiem czego na twarzy i skórze głowy pokrytéj włosami użyć go niepodobna. Najszkodliwszą jednak, i zarazem najważniejszą ze stron ujemnych jest drażnienie skóry prawidłowéj i wywoływanie zapalenia nieraz dochodzącego do stopnia znacznego. Zapalenie to przedstawia się w 3jakiéj postaci: 1) jako rozlane zaczerwienienie i obrzmienie skóry, które jest oznaką dostatecznego działania środka i ustępuje po zaniechaniu dalszych nacierań, kończąc się łuszczeniem przyskórka zabarwionego (wciągu dni 10—14). 2) Zapalenie powyższe nie kończy się w miarę, jak zaniechano dalszych nacierań, lecz szerzy się coraz to daléj wśród objawów gorączkowych, mocnego pieczenia i swędzenia, bezsenności, obrzmienia gruczołów i zapalenia naczyń limfatycznych, w ogóle wśród objawów nader przykrych i zmuszających chorego do przerwania zajęć codziennych. 3) Obok zaczerwienienia i rozlanego obrzmienia skóry występują jeszcze guziczki z początku porozrzucane, później skupiające się coraz bardziéj, wielkości główki od szpilki, zamieniające się tu i owdzie w pęcherzyki i krostki, a odpowiadające ujściom gruczołów skórnych. Zapalenie tego rodzaju zajmuje znaczny obszar skóry, ciemnoczerwono zabarwionéj, rozpalonéj, mocno swędzącéj, a w następstwie tworzą się tu i owdzie wrzodzianki bolesne, wielkości grochu. Szczególniéj twarz i części rodne ulegają łatwo zapaleniu skutkiem działania maści chryzarobinowéj; odgrywa tu również niemałą rolę usposobienie indywidualne, dlatego przy leczeniu tym środkiem powinien lekarz codziennie lub przynajmniéj co 2gi dzień widzieć chorego, aby go nie narazić na na szkodliwe następstwa, a siebie na przykre rozczarowanie.

Przeciw zapaleniu skóry należy zalecić zimne okłady, a przedewszystkiém porzucić dalsze pędzelkowania maścią; na twarzy i częściach rodnych nie radzi autor wcale jéj używać. Sprawozdawca widział już po 2 krotném natarciu maścią powyższą u młodéj dziewczyny, pozostającéj w klinice prof. Rosnera i dotkniętéj liszajem wyłysiającym na całém ciele, mocne zapalenie skóry w postaci wyprysku sączącego, które pod okładami wody olowiowéj i zasypywaniem proszkiem z krochmalu, a później pod maścią zynkową wraz z liszajem w ciągu tygodnia ustąpiło.

Z pomiędzy form łuszczycy nadających się najbardziéj do leczenia za pomocą maści chryzarobinowéj wyszczególnia autor łuszczycę ograniczoną i rozpierzchniętą *(Psoriasis circumscripta et dispersa)*, mniéj już łuszczycę ogólną, a naj-

mniéj drobno-guziczkową (*Ps. punctata*) występującą w sposób ostry w postaci drobniutkich guziczków w wielkiéj ilości.

W jednym przypadku wyprysku obrączkowego okazała się maść chryzarobinowa również bardzo skuteczną, chociaż nie zabezpiecza od powrotów choroby. Co do innych chorób skórnych, a mianowicie co do liszaja wyłysiającego, łupieżu pstrego (*Pityriasis versicolor*), co do piegów, ostud, to autor nie uważa za rzecz odpowiednią, aby się do maści chryzarobinowéj uciekać, albowiem inne środki są również skuteczne, a bezpieczniejsze w użyciu; za to może skuteczną się ta maść okaże w cierpieniach nowotworowych skóry, jak raku nabłonkowym i liszaju żrącym (*Lupus vulgaris et erythematodes*).

Dr. Jarisch, asystent prof. Hebry, opierając się na związkach pokrewieństwa chemicznego stosował również kwas przyswędko-dębiankowy i alizaryn przeciw łuszczycy i innym chorobom skórnym. Kwas pyrogallusowy czyli dwutlenek fenolu (*Bioxyfenol* (C_6 H_3 OH_3)) rozpuszcza się łatwo w wodzie, w wyskoku i eterze, przechodzi do moczu, gdzie go wykrywa rozcieńczony półtorachlorek żelaza nadając mu barwy atramentowéj. Maść zawierająca 20% kwasu przyswędko-dębiankowego częściéj wcierana wywiera działanie żrące, zato maść zawierająca 10%—5% kwasu tego (*Acidi pyrogallici* 10,00 *Vaselini* 100,00) usuwa bardzo dobrze zmiany łuszczycowe, odznacza się brakiem bolesności nawet na miejscach pozbawionych przyskórka, jakotéż tém, że zapalenia skóry w sąsiedztwie wcale nie wywołuje; barwi atoli skórę zdrową brudno-ciso i garbuje ją; przyskórek tak zabarwiony odpada w ciągu $1\frac{1}{2}$—3 tygodni. Wprawdzie łuszczyca nie ustępuje tak szybko, jak pod maścią chryzarobinową, jednakowoż można maści przyswędko-garbnikowéj użyć nawet w przypadkach łuszczycy ogólnéj bez obawy wzniecenia zapalenia skóry, jako też chorym dozwolić, aby sami już bez tak ścisłego dozoru lekarskiego miejsca cierpieniem dotknięte nacierali. Z początku kuracyi chorzy powinni zmyć w kąpieli łuski, potém 2 razy dziennie nacieki pędzlować, a po 8—12 pędzlowaniach można znów kąpiel powtórzyć. W ciągu 10—20 dni cierpienie ustępuje, a chorzy co najwięcéj skarżą się tylko na uczucie suchości i mierne swędzenie. Maści téj można użyć także na twarzy i skórze głowy pokrytéj włosami, brunatne bowiem zabarwienie włosów nie szpeci tak bardzo.

Kaposi szczególnie zachwala maść przyswędko-dębiankową przeciw rakom nabłonkowym skóry; w czterech przypadkach (2 raki nabłonkowe nosa, 1 policzka lewego, 1 czoła) skutek był znakomity; autor twierdzi, że utkanie rakowate już w jednym przypadku raka recydywującego na nosie już po 48 godzinach po 2 krotném dziennie przykładaniu maści na szmateczce zupełnie zniszczone zostało, podczas gdy tkaniny zdrowe nie były wcale naruszone. Działanie jest podobne, jak po paście arszenikalnéj, ale z tą wybitną rożnicą, że chory nie doznaje żadnego bólu i do około nie pojawia się wcale zapalenie ani obrzmienie. Strup po kilku dniach odpadł, a zagojenie zupełne wkrótce nastąpiło.

Podobnież działanie może wywrzeć maść przyswędko-dębiankowa w przypadkach toczenia czyli liszaja żrącego.

Zalety przytoczonych środków aż nadto zachęcają do doświadczeń i krytycznych spostrzeżeń, stanowią bowiem znakomity postęp na polu dermatologii pod względem tak ważnym dla cierpiącéj ludzkości, bo pod względem terapeutycznym. (*Wiener Medic. Wochensch. 1878.* Nr. 44 i 55).

Dr. Obtułowicz.

Adamkiewicz: **Drogi, któremi wydziela się u człowieka jodek potasu.**

Przez dodanie odczynnika silnie utleniającego, jak np. kwasu azotowego dymiącego, można wywołać zwykły odczyn jodowy nawet z jodku potasu, naturalnie w obec skrobi. Za pomocą téj reakcyi wykryto jodek potasu w moczu, ślinie, pocie, mleku i łzach. Że jod wydziela się jeszcze innemi drogami, świadczą zmiany, które u człowieka statecznie się pojawiają przy dłuższém użyciu jodku potasu, mianowicie: nieżyt jodowy i osutka jodowa. Autor wykrył jod tak w wydzielinie nosa, jakotéż i w treści krost jodowych, co przemawia za tém, że gruczoły łojowe wydzielają także jodek potasu a więc biorą na siebie funkcyje narządów odbytniczych (*excretio*). Przedewszystkiém uderza, że właśnie błona śluzowa nosa i gruczoły łojowe okazują się tak czułemi na działanie jodu, podczas gdy inne utkania, w których jod również wykryto, nie okazują żadnego podrażnienia. Przypuścić należy, że w tych dwóch miejscach doznaje jodek potasu rozkładu, gdyż nie on, lecz tylko wolny jod działa drażniąco. Przypuszczenie to popiera ten fakt, iż śluz nosowy w obec jodku potasu, skrobi i rozcieńczonego kwasu siarkowego daje odczyn jodowy, co według Schoenbeina przemawia za obecnością azotynu amonowego w śluzie nosa. Azotyn amonowy rozkłada jodek potasu pod wpływem kwasów nie lotnych, których obecność w wydzielinach zwierzęcych jest udowodnioną. Autor występuje przeciw twierdzeniu, jakoby osutka pochodziła od jodu wydzielonego drogą gruczołów potnych, gdyż nie można tym sposobem wytłumaczyć, dlaczego właśnie cierpią gruczoły łojowe a zresztą w takim razie musiałaby osutka być najwybitniejszą na dłoni i podeszwach, gdzie są najbardziéj rozwinięte gruczoły potne a wcale niema łojowych; lecz osutka w tych miejscach nie pokazuje się nigdy. W końcu wspomina autor o postrzeżeniu Johnsona, że przy cierpieniu nerek już małe dawki jodku potasu wywołują silną osutkę; coby dowodziło, że gruczoły łojowe przyjmują na siebie w zastępstwie wydzielanie jodku potasu, tak jak gruczoły potne zachowują się w obec wody. (*Charité-Annalen III. 381.*)

A. O.

C. Holtzmann: **Badanie doświadczalne nad działaniem niektorych leków na strumień limfy z uwzględnieniem parcia krwi**. Rozprawa inauguralna w celu otrzymania stopnia magistra weterynaryi (*Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung einiger Arzneikörper auf den Lymphstrom etc.*) Dorpat 1878. str. 60.

Aut. chciał bliżéj zbadać stosunek parcia krwi do krążenia limfy. Dotąd autorowie różne bardzo pod tym względem mieli wyobrażenia, i tak gdy jedni, jak Noll, Weiss, Tomsa, Gaethgens, na podstawie doświadczeń twierdzili, że parcie krwi ościenne działa bezpośrednio w stosunku prostym na wypływ limfy z przeciętego naczynia, drudzy jak Krause, Genersich, Lesser, a zwłaszcza Paschutin, Worm Müller stanowczo temu przeczyli uważając jako główny czynnik wpływający na posuwanie się limfy w naczyniach ruchy czynne lub bierne zwierzęcia. Doświadczenia, jakie dotychczas robiono, nie były bez zarzutu, sposoby gwałtowne jakich używano do podniesienia parcia krwi, np. podwiązanie żył, wstrzykiwanie większych ilości płynu do tętnic, wywoływały gwałtowne ruchy ze strony zwierząt a w rezultacie trudno było odróżnić, co należy przypisać podniesionemu parciu, co zaś wysilnym ruchom. Autor przeprowadzając

w tym celu szereg doświadczeń w pracowni prof. Dogiela uniknął téj niedogodności, wstrzykując do żył zwierzętom otrutym kurarą rozczynu różnych leków zmieniających parcie krwi, jakoto wodan chloralu, morfin, chloroform, azotyn amylowy, lub téż przerywając sztuczne oddychanie, przez co stósownie do doświadczeń Dogiela i Kowalewskiego wywoływał ogromne podniesienie parcia ościennego krwi. Równocześnie odpreparowawszy naczynie limfatyczne na odnodze psa autor przecinał takowe i obliczał, ile czasu potrzeba było, aby pewna ilość limfy wypłynęła z naczynia. Autor w ten sposób przekonał się, że parcie krwi nie wywiera żadnego bezpośredniego wpływu na krążenie limfy, natomiast ruchy zwierzęcia wywierają wpływ bardzo znakomity. Wypełnienie większe naczyń włosowatych zdaje się również wpływać na większy wypływ limfy przy równoczesném poruszaniu się zwierzęcia, jak to okazały doświadczenia z lekami sprawiającemi znaczniejszy nawał krwi do naczyń włosowatych, np. azotyn amylowy. Oddychanie działa na strumień limfy w podobny sposób, jak na krążenie krwi, przynajmniéj daje się to stwierdzić na przewodzie piersiowym. Przy przerwaném oddychaniu limfa posuwa synchronicznie ze skurczami serca. Autor dodaje do swéj rozprawy opis stosunków topograficznych naczyń limfatycznych u zwierząt, których używał do doświadczeń. *Skrk.*

Aristow. **O wpływie ciągłéj zmiany ciepłoty na serce i o działaniu w ogóle ciepłoty na wywołanie spokoju serca** (Medycyna Nr. 41 i 42 z 78 r.).

Aut. postanowił bliżéj zbadać zmiany w kurczeniu się serca pod wpływem nagłego przejścia z jednéj ciepłoty do drugiéj i zarazem bliższą uwagę zwrócić na spokój serca wywołany działaniem ciepłoty. W tym celu wykonał szereg doświadczeń na sercu żaby w pracowni farmakologicznéj prof. Dogiela w Kazaniu. Wycinał on serca żabie z zachowaniem wszelkiéj ostrożności i gdy serce wycięte kurczyło się jednostajnie umieszczał je, raz w wyżłobieniu zrobioném w kawałku lodu, drugi raz na szkiełku zegarkowém ogrzaném w kąpieli wodnéj do ciepłoty od 20°C do 67°C., przyczém oznaczał za pomocą chronometru, ile sekund przejdzie, zanim serce dwa razy się skurczy. Przekonał się, że serce żaby w wodzie ogrzanéj kurczy się więcéj, i to tém więcéj, im ciepłota wody wyższa, przeciwnie serce oziębione na lodzie szybko zwalnia swe ruchy aż do zupełnego spokoju, przyczém czystość skurczów ma się w stosunku odwrotnym do ich siły i czasu trwania, jak to już spostrzegali Cyon i Luciani. Serce, które przeszło w stan spokoju na lodzie, dłużéj zachowuje własność ponownego kurczenia się w ciepłocie prawidłowéj aniżeli serce, które w wyższéj ciepłocie przestało się kurczyć. Spokój ten występuje szybciéj przy podwyższeniu ciepłoty od 30° do 67°C., tém późniéj zaś, im ciepłota będzie niższą, aż do pewnéj granicy, poza którą im bliższą będzie ciepłota 0, tém szybciéj następuje spokój serca. W celu przekonania się, co jest powodem tych zjawisk, aut. poddawał serce, pokryte cieniutką blaszką metalową zaopatrzoną w lekką dźwignię rysującą i umieszczoną na stoliku odpowiednio urządzonym, działaniu równéj ciepłoty, przy tém drażnił je prądem indukcyjnym. Okazało się że przyrząd hamujący był tak w wysokiéj jak w niskiéj ciepłocie w stanie parctycznym; przyczyny występującego spokoju serca należy szukać w zmianie ośrodków ruchowych w sercu. Serce, które się przez pewien przeciąg czasu znajdowało w wodzie ogrzanéj, traci własność kurczenia się po przeniesieniu na lód lub w niższą ciepłotę. Przy szybkiém przeniesieniu serca z wysokiéj ciepłoty na lód, uważał autor najprzód przyspieszenie, późniéj dopiéro zwolnienie ruchów, toż samo przy nagłém przeniesieniu z niskiéj do wysokiéj ciepłoty zrazu występowało zwolnienie, późniéj dopiéro przyspieszenie. Aut. sądzi, że to objaśnia nam po części, dla czego przy odziębieniu części ciała skuteczniejszém jest wcieranie śniegiem lub lodem, niż obwijanie w ciepłe opaski albo stósowanie takiéjże kąpieli. Zjawisk tych nie można wytłumaczyć działaniem ciepłoty na nerwy błędne, jak to chciał Cyon, więcéj prawdopodobném zdaje się być to objaśnienie, że wysoka i nizka ciepłota rozmaicie działają na ruchowe ośrodki nerwowe i tkankę mięsną serca. *Skrk.*

Prof. Dr. Störck (we Wiedniu): **Krwiak pozapołykowy** (*Haematoma retropharyngeale*).

Autor przytacza 3 przypadki tego niezwykłego cierpienia towarzyszącego wólowi (*struma*), jeżeli chorzy celem ukrycia szpecącego ich przerostu gruczołu tarczykowego mocno go uciskają za pomocą kołnierzyków i krawatek. Szczególniéj pierwszy przypadek, który dotyczy kapitana od artyleryi Emanuela K., nadzwyczaj jest pouczający i zasługuje ze wszech miar na treściwe przytoczenie: Chory ten dotknięty miernym przerostem obu zrazów bocznych gruczołu tarczykowego przybył do autora uskarżając się na trudności w przełykaniu. Badanie wykazało po za korzeniem języka wypuklenie tylnéj ściany połyku, które robiło wrażenie, jak gdyby w owém miejscu znajdował się ropień (*abscessus pharyngealis*) znacznéj wielkości, obrzęk ten przy obmacywaniu okazywał wszędzie konsystencyję jednostajnie miękką i ciastowatą; można było stanowczo wykluczyć wszelkie uszkodzenie kręgosłupa, w szczególności zaś ropienie kręgów, a myśleć jedynie o nowotworze szczególniejszego rodzaju, bo i żadnych objawów cechujących tętniak w téj zwłaszcza okolicy wyśledzić nie zdołano.

Aby chorego uwolnić od znacznych dolegliwości przeszkadzających mu bardzo w spełnianiu obowiązków wojskowych, postanowił autor zrobić w obrzęk ten wstrzykiwanie z płynu ściągającego, wyobrażając sobie, że obrzęk ten jest jamą wypełnioną jakimś płynem. Celem wypuszczenia téj cieczy nakłół S. obrzęk opisany za pomocą bistura długiego, kończystego i spostrzegł z przerażeniem, że znaczna ilość krwi najpierw jasno-czerwonéj tętniczéj, późniéj żylnéj, strumieniem wypływać poczęła. Z trudnością tylko zdołał S. utamować krwotok znaczny za pomocą tamponu z nitką zwilżonego rozczynem półtorachlorku żelaza, który przez dłuższy czas mimo dławienia się chorego przytrzymał w miejscu nakłócia. Po kilku dniach ustąpiły wszelkie dolegliwości przy połykaniu, a badanie wziernikowe wykazało, że obrzęk dawniejszy znacznie się zmniejszył. Wól zmniejszył się w przeciągu 7 lat następnych i chory mógł obowiązki wojskowe spełniać z całą dawną gorliwością i z zadowoleniem z własnego stanu zdrowia.

S. tłumaczy sobie w ten sposób powstanie tego cierpienia, że skutkiem naciskania wola przez krawat rozszerzyły się naczynia przebiegające na ścianie bocznéj i tylnéj połyku, podobnie jak to np. często na odnogach dolnych w przypadkach żylaków spostrzegamy.

Po nakłóciu obrzęku wypełniły skrzepy całą jamę i sprowadziły w następstwie zanik dawnéj jamy.

Przypadek drugi również z pomyślnym skutkiem operowany jest niemal powtórzeniem poprzedniego i zdarzył się u 18-letniego młodzieńca we Wiedniu; przypadek zaś ostatni u 72-letniej staruszki z powodu podeszłego wieku chorej i obawy przed utratą znacznéj ilości krwi nie był operowany. (*Wiener med. Woch. 1878. 46.*) *Obt.*

Dr. Neubert (w Lipsku): **O użyciu kwasu salicylowego w krztuścu u dzieci.**

Środki lekarskie dotąd znane i zalecane w kokluszu miały na celu złagodzenie napadów i przyniesienie ulgi chorym, powyższém cierpieniem dotkniętym. W najnowszych czasach podał Dr. Letzerich jako nowy sposób zastosowanie chininu przez zadmuchiwanie do gardła i uważał krztusiec za chorobę, któréj przyczyną powstania są pasorzyty. Wielu lekarzy nie stosowało tego środka za pomocą wdmuchiwania z téj przyczyny, że dzieci przyrządu się lękały. Neubert idąc za wskazówką Letzericha używał rozczynu salicylanu sodowego do wziewań w krztuścu a podając wynik swego doświadczenia radzi używać tego środka jako bardzo skutecznego.

Chłopiec 13 letni nabył krztuśca w szkole, do któréj uczęszczał. W kilka dni późniéj dostała nieżytu oskrzeli jego 7 letnia siostra. Już po 8 dniach zwiększył się nieżyt oskrzeli i napady właściwe krztuścowe wystąpiły w swéj sile. W tym czasie zaczęło także kaszleć dziecię trzecie 4 letnie. Przez 10 dni używał N. znanych dotąd środków lekarskich, ale bezskutecznie. Gdy już 2gi okres choroby się rozwinął i napady częste z wymiotami nastały, zaczął tenże robić wziewania rozczynem 1% salicylanu sodowego za pomocą rozpylacza z balonem (Richardsona) u wszystkich trojga dzieci z początku co godzinę, późniéj co 2 godziny. Urządzał on to w ten sposób, że kładał dzieci poziomo, kazał równo i głęboko oddychać, podczas gdy rozpylacz działał. Następnéj nocy był tylko jeden napad u średniego dziecka. Wszystkie znosiły wziewania bardzo dobrze i nigdy ten sposob użycia nie wywołał napadu. Skutek był nadzwyczajny. Liczba napadów, która dochodziła do 45—48 na dobę, zmniejszyła się do 10 w przeciągu 5 dni, a po 14 dniach zupełnie napady ustały. U najmłodszego dziecka nie pojawił się 2gi okres choroby, chociaż można z pewnością przypuścić, że ostatnie dziecko miało także koklusz, ponieważ nie było odosobnione od chorego rodzeństwa.

Jakkolwiek na podstawie kilku tych doświadczeń nie można jeszcze uważać salicylanu sodowego za środek niezawodny we wszystkich przypadkach krztuśca, to przecież należałoby go stosować często, a zaleca się jego użycie w rodzinach uboższych, które nie są w stanie zmienić powietrza dla swoich dzieci. Dzieci zaś starsze nie będą robiły żadnych trudności lekarzowi przy tym sposobie stosowania salicylanu sodowego. (*Jahrb. f. Kinderheilk. 1878 24 paźdz*).

Dr. Rybczyński.

J. R. Wolfe: **Nowy sposób operowania w przypadkach oderwania siatkówki** (*amotio retinae*).

W. podaje przypadek oderwania siatkówki, w którym udało mu się wypuścić płyn surowiczy z przestworu podsiatkówkowego w sposób odmienny od sposobu Graefego, polegającego na wypuszczeniu tegoż płynu do ciałka szklanego. Usiłował mianowicie wypuścić płyn ten na zewnątrz przez rankę uskutecznioną w twardówce i naczyniówce. W tym celu wykonał w miejscu odpowiedniém oderwaniu siatkówki cięcie na 3 milim. długie, podłużne przez twardówkę i następnie wsunąwszy przez ranę twardówkową umyślnie w tym celu sporządzony nożyk wąski, kończysty, ukośnie przez naczyniówkę do przestworu podsiatkówkowego, wypuścił płyn surowiczy z tegoż na zewnątrz. W 20 dni po tym rękoczynie tak obraz wziernikowy, jakoteż i siła wzroku miały okazywać znakomite polepszenie stanu chorobowego; chora zdolna była liczyć palce w odległości 2 stóp. (*The Lancet* V. II, 15, 1878.) *P.*

Oberländer: **Dwa przypadki zatrucia jodoformem w znacznym stopniu.**

W szpitalu miejskim w Dreznie zachorowały dwie kobiety cierpiące na kiłę zastarzałą, po zadaniu im wewnętrznie jodoformu, okazując wybitne przypady zatrucia. Jedna z tych chorych wyżyła w ciągu 80 dni 42,00 jodoformu w pigułkach (0,10 pro dosi), poczém skarżyła się na zawrót głowy, osłabienie i dwojenie się w oczach, po dwóch dniach zapadła w sen głęboki, a w półtory doby późniéj na odwrót w stan silnego rozdrażnienia połączony z nader mocnemi bólami głowy, gadaniem od rzeczy i uczuciem obawy. Następstwem dalszém był stan nadzwyczajnego osłabienia, tak że chora przy staniu i chodzeniu chwiała się na nogach, który dopiero po ponownych napadach bólu i zawrotu głowy, dwojenia się w oczach, zwolna ustępował, tak że objawy intoksykacyi trwały razem dni 14.

W drugim przypadku dotyczącym kobiety 69-letniéj wystąpiły objawy zatrucia po wyżyciu 5,00 grm. jodoformu w ciągu dni 7. Przez 5 dni najpierw trwała ciągła śpiączka, która dopiero zwolna ustępowała wśród uczucia zawrotu głowy i osłabienia utrzymującego się przez parę tygodni. Spostrzeżenia te potwierdzałyby działanie odurzające jodoformu, na jakie Binz ostatniemi czasy zwrócił baczną uwagę. (*Berl. klinische Wochensch. 1878. 44.*) *Obt.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Posiedzenie z dnia 10go listopada 1878 roku.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Dr. Osowicki zdaje jeszcze sprawę z przypadku rzekomego torbielaka jajnikowego, o którym na ostatniém posiedzeniu mówił, a który wbrew wszelkiemu oczekiwaniu zakończył się śmiercią. W kilka dni bowiem po operacyi, gdy rana już była się zupełnie zrosła, nastąpił stan uremiczny, któremu chora wkrótce uległa. Oględziny pośmiertne wykazały szczegóły topograficzne, o których już w ostatnim protokóle była mowa, nadto chroniczne zapalenie nerek.

3) Do opisanego przez Dr. O. przypadku Dr. Kaczorowski załącza wzmiankę o przypadku, który nie dawno zdarzył się w zakładzie Sióstr Miłosierdzia, rzeczywistego torbielaka jajnikowego u kobiety 45 lat mającéj, która nie rodziła wcale, od 2 lat miesiączkowała nieregularnie, doświadczała często bólów brzucha, zwolna coraz bardziéj rosnącego, tak, że przeszłą zimę po większéj części w łóżku spędzić była zniewoloną. W dniu przyjęcia do zakładu (2 paźdz.) osoba owa przedstawia widok ogromnego wycieńczenia, mocnéj niedokrwistości i wielkiego upadku sił; brzuch 130 cm obwodu, 62 cm. w linii pionowéj, którego cała przednia powierzchnia od wyrostka mieczykowatego do spojenia łonowego, od jednego kolca przodo-

wego kości biodrowéj do drugiego, wydaje odgłos tępy, po bokach lędźwiowych jedynie bębenkowy, zdradzający położenie jelit; chełbotanie falujące ku środkowi. Macica nieco poruszalna, ciałem zepchnięta ku lewéj stronie. Po próbném nakłóciu środka brucha za pomocą strzykawki dobywa się płyn ciemno-żółtawy, lepki, gęstawy, przy zagotowaniu ścinający się; skrzep ztąd powstały za dodaniem znacznéj ilości kwasu octowego rozpuszcza się na nieco mętną ciecz (przybialnik). Gdy pomimo wygórowanego osłabienia choréj, przez wzgląd na grożące sercu i płucom niebezpieczeństwo ucisku, postanowiono wyciąć niewątpliwy w tym przypadku torbielak jajnikowy, chora zgodziwszy się z razu na rękoczyn, tegoż samego dnia zakład nagle opuściła. W tydzień potém doń powróciwszy zdawała się bliską zgonu; odnogi zimne, tętno sprychowe ledwo namacalne. Celem tymczasowego zwolnienia serca z ucisku przekłóto torbiel średnim trójgrańcem, który jednak zamienić trzeba było na najgrubszy kaliber, ponieważ światło trójgrańca co chwila zatykało się masami galaretowatemi. Po upuszczeniu sporego wiadra płynu zapadła się nieco tylko środkowa część brzucha w kierunku pionowym bez naruszenia wszakże obwodu górnego stłumienia odgłosu opukowego. Okoliczność ta świadczyła o zrostach torbiela sięgających aż do dołka podsercowego. Przez podatniejsze teraz ściany brzuszne było można namacać po bokach torbiela ciała twardsze, wielkości główki dziecięcéj, co dowodziło, że większa ilość torbiela składała się na nowotwór. Po upuszczeniu płynu z jamy torbiela tętno podniosło się nieznacznie, mimo to jednak upadek sił pozostał tak znacznym, że nie można było myśleć o zupełném wycięciu nowotworu. Wznosząca się trzeciego dnia ciepłota wskazywała nadto sprawę zapalną, roznieconą nakłóciem, a 6go dnia chora z porażenia serca umarła. Oględziny pośmiertne wykazały torbiel jajnikowy składający się z mnóstwa pojedyńczych komór, z których środkowa, nakłóta, była największą; prócz niéj trzy wielkości główki dziecięcéj, napełnione gęstą czekoladową masą. Nowotwór całą przednią powierzchnią zrośnięty z przednią ścianą brzuszną, wątrobą, żołądkiem i śledzioną, od których to ciał z znaczną tylko siłą odłączyć go było można. Wychodził zaś szeroką osadą z prawego szerokiego więzadła, a dolne jego części wyścielały grube błoniaste zrosty aż do jamy Douglasa. Operacyja więc, choćby rychléj podjęta, nie mogła była być uwieńczoną pomyślnym skutkiem.

4) Daléj zwraca Dr. K. uwagę na pojawienie się, choć nader rzadkie, **przybłonkowych owrzodzeń w jamie ustnéj**, jakie często napotykamy przy pierwszych powrotach kiły, u osób, które nigdy kiłą dotknięte nie były. Są to mniéj więcéj zaokrąglone wyżerki błony śluzowéj na języku, wewnętrznéj powierzchni warg, policzków, podniebienia, łukach podniebiennych, wielkości ziarna konopnego, aż do wielkości grochu, powstające z uniesionego przybłonka w kształcie pęcherzyków barwy perłowéj, po którego zniszczeniu dno wyżerków zrazu czerwone pokrywa się warstwą słoninowatą, szarożółtawą, a brzegi nabierają barwy ciemno-czerwonéj o silnie nastrzykniętych żyłkach. Towarzyszy im ból nieznośny, utrudniający przyjmowania pokarmów. Po 5—7 dniach zagajają się, ażeby miejsca ustąpić nowym pęcherzykom. Kol. K. widział je dotychczas w 5 przypadkach, u 3 spokrewnionych z sobą panien, jednéj mężatki i jednego kolegi. Jedna z owych panien nadto dostawała regularnie równocześnie z pojawieniem się owrzodzeń w jamie ustnéj także na skórze, mianowicie ramion i rąk, wysypki zupełnie do łuszczu podobnéj, do łuszczu, jaki znachodzimy u dzieci dotkniętych dziedziczną kiłą. Są to sino-czerwone plamy kształtów mniéj więcéj zaokrąglonych, których przyskórek szybko się łuszczy, bolesne, występujące po najmniejszém podrażnieniu skóry przez mankiet, guzik od rękawiczki, suknię, uderzenie. Części ramion narażone na częste ugniecenie, jak n. p. łokcie, prawie zawsze zajęte są takiém zapaleniem przyskórka i pokrywają się grubszemi strupami. Wszelkie w takich razach używane tak wewnętrzne, jak zewnętrzne środki okazały się u téj pacyjentki bezskutecznemi (arsen, kal. jodatum, siarczane i balzamiczne kąpiele, solanki etc). Najsubtelniejsze badanie choréj, u któréj zresztą z góry nie podobna było przypuścić zakażenia kiłowego, nawet cienia podobnéj podstawy chorobowéj wyśledzić nie dało. Pomimo to zastosowano u pacyjentki jako dzielne *remedium alternans* wcieranie szaruchy, równocześnie z odwarem Zittmanna. Odtąd na czas niejaki erupcyje wzmiankowane złagodniały, ale nie przestały się od czasu do czasu powtarzać. Kuracyja w solankach Inowrocławskich pogorszyła przebieg choroby. W ostatnim czasie jodoform, tak wewnętrznie jak i zewnętrznie stosowany, sprowadził złagodzenie tak co do częstości jak natężenia obustronnéj wysypki, ale nie zdołał dotychczas (od 6ciu tygodni) usunąć choroby. Kolegę dotkniętego tą chorobą spotkał K. tego lata przypadkiem w Landeck, dokąd przybył celem leczenia się rzymskiemi kąpielami na mniemaną kiłę, za któréj objaw uważał ustawicznie w ustach pojawiające się owrzodzenia. Tego samego zdania byli różni lekarze, których rady zasięgał, chociaż nigdy nie był uległ zakaże nupłciowemu. Widać ztąd, jak trudném jest odróżnienie podobnego zajęcia od powstałego na gruncie kiłowym. Fouruier, który zajęcia owe zalicza do liszajów, podaje za oznaki rozróżniające je od kiłowych co do kształtu, że liszajowe bywają mniéj regularnie zaokrąglone, podczas gdy kiłowe przedstawiają formę jajowatą, że są nadto boleśniejsze od kiłowych. Dr. Schwimmer nie dawno temu ogłosił w *Viertelj. f. Dermat. u. Syphilis IV. 78* osobną o téj chorobie rozprawę, w któréj wspomina o równoczesném pojawianiu się opisanych wysypek na błonie śluzowéj ust i na skórze. Nadał on téj chorobie miano: *Leukoplacia buccalis* i uważa ją za formę łuszczu na błonie śluzowéj, co ze względu na istotnie wydarzającą się kombinacyję takowéj z łuszczem skóry, jak to wyżéj wykazano, bardziej odpowiada faktycznemu stanowi rzeczy. Schwimmer uważa chorobę ową za nieuleczalną; może być, że jodoform w téj mierze odda lepsze usługi, aniżeli środki dotąd używane przeciwko temu cierpieniu.

Kol. Zielewicz namienia, że podobne przypadki w ustach spostrzegał u dzieci skrofulicznych i że w takich razach z dobrym skutkiem stosował kwas garbnikowy.

Na tém posiedzenie zamknięto.

Dr. Jerzykowski sekretarz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie XVII. z dnia 4go grudnia 1878 r.

Przewodniczący kol. Domański. Obecnych członków 23.

1) Kol. Przewodniczący zawiadamia członków Towarz. u śmierci kol. Stanisława Morelowskiego i wzywa obecnych do oczczenia jego pamięci przez powstanie, czemu zadosyć uczyniono.

2) Kol. Lutostański przedstawia imieniem kom. balneologicznéj dyplom honorowy, jaki taż komisyja uzyskała na wystawie krajowéj.

3) Kol. Skobel mówi o ulepszonym sposobie leczenia zapalenia przyjądrza wiewiórowego (umieszczone w Nrze 51 Przegl. Lek. z roku zeszłego.)

W dyskusyi kol. Zarewicz nie przypisuje przyrządowi przedstawionemu przez kol. Skobla większych skutków, niż zwykłemu suspensorium: takowe bowiem jeżeli odpowiada wszelkim wymogom t. j. nigdzie nie uciska, równie pomyślnie w zapaleniu przyjądrza działać może. Być jednak może, że ciepło jakie się wywiązuje przy tém zaopatrzeniu, pomyślnie wpływa na skrócenie przebiegu zapalenia. Kol. Warschauer sądzi, że chociaż przyrząd przedstawiony mało się różni od zwyczajnego suspensorium, to juz dla tego jest praktyczniejszym, że do każdego chorego musi być osobno dobranym. Kol. Obaliński proponuje, aby zamiast dosyć drogiéj ceraty gumowéj używać znacznie tańszego papieru kauczukowego, który ma jeszcze te zalety, że jest podatniejszym.

4) Kol. Lutostański odczytał drugą część swéj pracy pod tytułem „O zadaniach i celu antropologii współczesnéj.“

5) Kol. Ściborowski przedstawia imieniem komisyi do popierania przemysłu krajowego w zastosowaniu do celów leczniczych kilka narzędzi wyrabianych przez p. Witoszyńskiego w Krakowie, odznaczających się bardzo staranném wykończeniem i przystępną ceną.

6) Wybrano członkiem korespondentem Tow. Dr. Pawła Dubanowicza w Sieniawie. *Dr. Skórkowski.*

V. Nieco z dziejów lekarskich przedhistorycznych.

(Wyjątek z rękopisu obszerniejszego).

Napisał Prof. Dr. J. Oettinger.

Jeżeli pierwsze zarodki doświadczenia lekarskiego, tkwiąc w samej przyrodzie człowieka, razem z jego ustrojem powstały, to w pierwotnych jego dziejach szukać ich należy. Tym mniéj godzi się je pomijać, iż w najnowszych zwłaszcza czasach zakres historyi rozszerza się nie tylko z przodu, nabytkiem każdéj świeżéj chwili, ale i wstecz, uchylaniem zasłony z mrocznéj starożytności i zdobywaniem pod naukową uprawę nietkniętego długo pola przedhistorycznego. Poszukiwania nad temi najstarszemi zabytkami, są same bardzo jeszcze młode, bo niespełna 50 lat liczą i z kolebki jeszcze nie wyszły, ale poruszyły ważne pytania dotychczas stanowczo jeszcze nie rozstrzygnięte, lecz żywo rozbierane a odnoszące się także do mało dawniéj uwzględnianych dziejów samego ustroju cielesnego. Coraz liczniejsze wychodzą na jaw, nie powiem jeszcze, dowody, ale skazówki, że ród ludzki rozwijał się nie tylko umysłowo, lecz także cieleśnie, że jego anatomiczne i fizyjologiczne przymioty i sprawy, jak w każdéj jednostce, tak w całym rodzaju przechodziły przez koléj stopniowego, coraz wyższego wyrobienia i udoskonalenia. Nasuwa nam się na wstępie ten przedmiotowy wątek historyi, bo nie obejmujący owocu podmiotowych czyli umysłowych usiłowań, lecz nie zależną od tychże podstawę organiczną. Ma więc swoje dzieje cielesny ustrój człowieczy.

Na tych ostatecznych krańcach badania giną wszelkie świadectwa piśmienne i zwykłe źródła historyczne, zastąpione wykopaliskami wygrzebywanemi z po za grubego pokładu ziemi i długich wieków; szczątki zbutwiałe, spróchniałe kości i czerepy, martwe głazy, zaśniedziałe ułamki kruszcowe, ślady palów i drewnianych zrębów a następnie dopiero porównawczo-lingwistyczne zaciekania nad dźwiękami i znaczeniem najstarszych zabytków mowy składają to paleontologiczne archiwum.

Prace naukowe zajmujące się tym pierwotnym okresem dziejów, opierają się na skazówkach raczéj, dających się różnie tłumaczyć, niż na dowodach niewątpliwych; mają też dla tego cechę przeważnie hipotetyczną, daleką od sprawdzonéj dokładnie pewności. Ponad spostrzeżeniami rzeczywistemi górują domysły, mniéj lub wiécéj trafne wywody i wnioski, wysnowane z płodnéj myśli a niekiedy nawet z bujnéj wyobraźni. Pomysły bywają tém śmielsze, im mniéj hamowane wypadkami istotnego doświadczenia. Pozytywizm snać dzisiejszy wypierający się wrzekomo wszelkich urojeń, pozbawionych namacalnéj rzeczywistości, dopuszcza się ich mimo wiedzy i woli; zniewolony zastępować niedostatek ogniw istotnych, wiążących rozrzucone szczegóły w spójną całość, nie tylko podobnemi do prawdy i domyślnemi, ale nawet wprost wymyślonemi.

Lotne te gmachy, których mury, sklepienia i łuki wznoszą się na piętrzących się po nad sobą coraz śmielszych przypuszczeniach, wywodach i wnioskach przypominają o tyle cudne niegdyś marzenia Platona, iż w nich również mało jest spostrzeżeń rzeczywistych a daleko więcéj wątku umysłowego, mniéj pierwiastków przedmiotowych, niż podmiotowych; czém także dowodzą, iż tak dawniéj jak i za czasów najnowszych umysł ludzki ma wrodzoną potrzebę kojarzenia zmysłowych wrażeń w obrazy zaokrąglone, że jak dawniéj tak i dzisiaj w braku istotnego doświadczenia z⸗wykł posługiwać się władzą odgadywania, mniéj lub więcéj trafnego, ale zawsze wątpliwego a tém bardziéj względnego. Różnica między nowszymi badaczami a helleńskim mędrcem na tém chyba polega, że ten ostatni tworzył z ciosów ogładzonych, tamci zaś budują z głazów i pni surowych; Platon obrał kierunek z góry na dół, t. j. od najwyższéj doskonałości wywodził twory pośledniejsze, nasi zaś spółcześni uczeni odwrotnie od najniższych istot wyprowadzają coraz wyższe.

Przekonywamy się na tym przykładzie, że naukowa ścisłość mniéj polega na osnowie i środkach badania, które wszędzie i zawsze zamknięte są w granicach doświadczenia, niż na krytycznem ocenieniu każdéj wiadomości pod względem jéj pierwiastków zmysłowych i umysłowych, przedmiotowych i podmiotowych, tudzież istotnych jéj warunków. Należy nam więc i tu troskliwie rozróżniać spostrzeżenie istotne od mniéj lub więcéj śmiałego przypuszczenia, to co pewne od tego, co wątpliwe, lub tylko do prawdy podobne, lub nareszcie całkiem bezzasadne.

Pierwotne dzieje dwojaki obejmują przedmiot usiłując wyjaśnić:

1. Początek rodu ludzkiego.
2. Pierwszy jego rozwój czyli dzieje pierwotne.

Pomijając na tém miejscu zupełnie dział pierwszy, wyjmujemy z drugiego wiadomości jedynie następujące.

Ślady rozwoju cielesnego ustroju ludzkiego w najdawniejszych wiekach historycznych.

Prawo doskonalenia się fizycznego, jakiemu zdaje się ulegać ród ludzki, doznało w nowszych czasach potwierdzenia nie tylko na zasadzie poszukiwań anatomicznych, ale jeszcze na drodze niespodzianéj, bo nie wynikłéj z badań ściśle przyrodniczych, lecz z zaciekań porównawczych nad najdawniejszemi zabytkami i początkiem mowy ludzkiéj. Jakkolwiek uderzające nowością i osobliwością wypadki tych badań należą zapewne jeszcze do zakresu zbyt śmiałych przypuszczeń, które pod tém zastrzeżeniem tylko powtórzyć się godzi, są atoli owocem pracy i myśli tak poważnéj i głębokiéj, iż jako ciekawa zdobycz naukowa nie mogą być pomijane milczeniem.

Dostarczyło ich dzieło znakomite niemieckiego uczonego, zbyt wcześnie zgasłego L. Geigera, którego tom I. wyszedł w r. 1868, tom zaś drugi już pośmiertny w r. 1872 pod napisem: O początku i rozwoju ludzkiéj mowy i umu. *(Ursprung und Entwickelung der menschlichen Sprache und Vernunft).*

Nie dotykając wcale zawartych w téj pracy pomysłów psychologicznych i porównawczo-językowych poprzestajemy jedynie na wskazaniu kierunku i osnowy poszukiwań, o ile odnoszą się do przedmiotu, o którym mowa, t. j. do fizycznego rozwoju rodu ludzkiego. Określa je sam autor temi słowy: „Nikt zapewne nie może oczekiwać, aby nam mowa wskazała człowieka w téj jego doli, którą już był prześcignął, gdy mówić zaczynał. Ale jeżeli nawet według świadectwa stosunkowo tak jeszcze świeżych zabytków jego płodów umysłowych, znajdujących się dotąd w naszym ręku i przed naszemi oczyma, jeżeli nawet jeszcze w czasie, gdy już sprawa mowy była się rozwinęła, postąpił on w tym zakręsie, który cielesnym rozwojem nazywamy, t. j. w wykształceniu jego podpadającéj pod zmysły widocznéj postaci, to trudno będzie nie posunąć daléj wstecz téj kolei i nie uznać

w téj okoliczności, że mowa tyle dostarcza świadectw o rozwoju człowieka z postaci niegdyś nieludzkiéj, ile ich w ogóle w takim razie dostarczyć zdoła, trudno nie uznać, mówię, w téj okoliczności dowodu przemawiającego za takim rozwojem".

W dalszym toku przytacza na poparcie powyższego założenia, że w najdawniéjszych zabytkach mowy oblicze człowieka nie występuje w pięknym zarysie owalnym, jakoby róże młodości, nasuwane nam na pamięć widokiem świeżego lica, lecz tylko po prostu jako kość szczękowa. W owéj odległéj starożytności nie ma w mowie śladu czoła, jakby takiéj części ciała wcale nie było, a ust nie oznacza wyraz wzięty, jakby się według dzisiejszych pojęć zdawać mogło, od ujścia lub otworu, lecz w helleńskiém nawet od wystawania, stérczenia (στόμα), co raczéj przypomina pysk zwiérzęcy.

Bardziéj jest uwydatniona różnica między palcem wielkim a 4ma innemi, zarówno u rąk jak i nóg, aniżeli między odnogami górnemi a dolnemi; zkąd wnosić się godzi o podobieństwie zupełném do siebie tak jednych jak i drugich, służących zarówno do chwytania, a zatém będących jak u małp czterema rękami.

Ciekawsze są wypadki tyczące się spraw zmysłowych, zwłaszcza téż wzroku. Na podstawie najdawniéjszych pomników językowych dochodzi autor do przekonania, że poczucie różnych barw rozwijało się również stopniowo tak dalece, że najpóźniéj zdołano rozróżniać niebieską, wcześniéj od téjże zieloną, którą wyprzedziła żółta. W najdawniejszych indyjskich Wedach, mianowicie w księdze zwanéj Riksanhita, często jest mowa o różnych zjawiskach na niebie, lecz ani śladu o barwie niebieskiéj. Toż samo stosuje się do księgi świętéj zwanéj Avesta, a nawet do pieśni Homera, w których κυάνεος znaczy czarny. W Odyssei np. włosy Odysseja przyrównano do hiacyntów. W podobném znaczeniu mówi Pindar o kosach czyli warkoczach i kędziorach fijołkowych i t. d. Także Edda nic o téj barwie nie wspomina. Księga Rigweda rozeznaje tylko czerwone, czarne i złote; barwa wyraźnie żółta występuje w późniejszych podrobionych wierszach Wed, zielona dopiero w biblii. Świat więc starożytny był modroślepym.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

O sprawach lekarskich wiedeńskich.

I.

Nowy regulamin tyczący się mianowania lekarzy wojskowych. — Stowarzyszenie mające na celu założenie szpitala dla umiejętnego i praktycznego kształcenia posługaczek dla chorych i rannych. — Czynniki konstytucyjne i sprawy lekarskie. — Adres dla profesora Ludwiga. — Liczba zapisanych medyków.

Okoliczność, że obecnie w skład korpusu lekarzy wojskowych armii nie wchodzą tylko lekarze wojskowi z powołania, którzy bez przerwy służą armii oddając się pieczy o dobro sanitarne i higieniczne téjże, lecz że wchodzi także znaczna liczba lekarzy młodych, którzy tylko na czas wojny służą wojskowo, skłania nas do wzmianki o nowo wyszłém rozporządzeniu: *„Die organische Bestimmung für das k. k. militärärztliche Offiziers-Corps"*. Przedewszystkiém jednak wspomnieć musimy, że nowy statut w zasadzie nie zmienia organizacyi z r. 1870. Stosunek korpusu lekarzy pozostaje względem oddziałów sanitarnych ten sam. Znane są aż nadto słabe strony téj dwoistości w organizacyi służby lekarskiéj wojskowéj, abyśmy bliżéj o nich wspominali. Ważniejszą dla nas, bo dotykającą w ogóle lekarzy, a szczególnie rezerwowych, którzyby chcieli wstąpić do stałéj służby wojskowéj, jest ta część, która się tyczy mianowania. Dotąd wychowańcy akademii lekarskiéj wojskowéj przez cesarza Józefa założonéj mieli obowiązek w zamian za bezpłatne wykształcenie służyć 8 lat wojskowo. Kiedy zaś ogólna służba wojskowa weszła w życie, zniesiono akademiję józefińską, w przekonaniu, że rezerwa dostatecznéj dostarczy liczby lekarzy. Wtenczas polepszono dotacyje lekarzy wojskowych, polepszono widoki, awanse i pomnożono ilość posad lekarzy pułkowych. Liczba wszystkich lekarzy w armii miała wynosić 852. Dotąd ta liczba się uzupełniała przez wstępowanie ukończonych uczniów akademii józefińskiéj. Ostatni atoli awans wyczerpnął nadliczbowych lekarzy wojskowych, a jako tacy wstępowali ukończeni uczniowie akademii lekarskiéj i trzeba było pomyśleć o lekarzach, z którychby się mógł korpus lekarzy wojskowych uzupełnić. Regulamin, o którym wspomnieliśmy, ma ustalić warunki, którym zadość uczynić potrzeba, aby być przyjętym w poczet lekarzy wojskowych. Statut żąda od kandydata: 1. Stopnia doktora wszech nauk lekarskich pozyskanego w uniwersytecie monarchii austro-węgierskiéj. 2. Wieku poniżéj lat 32. 3. Stanu wolnego; żonaci lekarze i to rezerwowi mogą tylko w razie szczególnych zasług być przyjęci. 4. Nie nagannego prowadzenia się. 5. Potrzebne jest wreszcie wykazanie fizycznego uzdolnienia w myśl dotyczących ustaw wojskowych o asenterunku. Przytém muszą lekarze już poprzednio zadość uczynić służbie wojskowéj i wykazać, że mają specyjalne wykształcenie wojskowo-lekarskie. Potrzebny więc jest egzamin z chirurgii i higieny i kilku jeszcze innych pomniejszych przedmiotów odnoszących się do formalności wojskowych. Pozyskać zaś można wykształcenie specyjalnie wojskowe, wstępując na kurs, który trwa corocznie przez 6 miesięcy w szpitalu garnizonowym 1szym w Wiedniu.

W ostatnim miesiącu do licznych instytucyj dobroczynnych i humanitarnych nowa przybyła. Zawiązało się stowarzyszenie, którego zadaniem będzie założyć szkołę, w któréjby uczono umiejętnego i praktycznego pielęgnowania chorych i rannych. Oczywiście nauki będą się odbywały praktycznie przy chorych, a w tym celu ma powstać nowy zakład (szpital). Podobne zakłady w większych miastach Ameryki już od dawna istnieją. W Europie pomimo licznych zabiegów i starań w tym celu podjętych nie udało się myśli, która się w Ameryce przyjęła, przeprowadzić. Stały temu tak administracyjne jak i społeczne stosunki na przeszkodzie.

Chodzi tu bowiem o to aby kobiety lepszych stanów oddawały się usłudze samarytańskiéj, co się ze zwyczajami europejskiemi ostatecznie nie bardzo zgadza. Być może, że zabiegom komitetu a przedewszystkiém zabiegom Billrotha, który jest duszą tegoż, uda się w nowo powstać mającym szpitalu takie stworzyć stosunki, aby humanitarna myśl odpowiednie wydała owoce.

Już podczas powstania w Dalmacyi zawiązał się w Wiedniu komitet, którego zadaniem było zbierać składki na rzecz szpitala, któryby takiemu celowi służyć miał, a w r. 1875 nawet władze potwierdziły statut tegoż.

Okupacyja Bośnii i Hercogowiny poruszyła na nowo rzecz, która niemal w zapomnienie poszła była. Znakomitsi członkowie dawniejszego stowarzyszenia wzmocniwszy się kilkoma nowymi wpływowymi członkami zawiązali komitet,

którego zadaniem będzie zebrać potrzebne fundusze. Władze rządowe i wojskowe, burmistrz miasta Wiednia i namiestnik dolno-austryjacki przyrzekli popierać przedsięwzięcie humanitarne. W skład komitetu oprócz niezbędnych w takich razach dam z arystokracyi wchodzą z lekarzy Billroth, Böhm, Jurié, Mundy, Schrötter i Standhartner. Billroth obejmuje kierownictwo zakładu pod względem lekarskim i dydaktycznym. Komitet oprócz składek dobrowolnych urządza szereg odczytów w sali stowarzyszenia architektów. Billroth już mówił z wielkiém powodzeniem o nowszych sposobach leczenia ran. Później wykładać będą pani Bach, docent Dr. Beier, Dr. baron Mundy, naczelny lekarz serbski i sztabowy lekarz austryjacki i inni. Billroth ofiarował na rzecz zakładu 5.000 złr.

Z końcem roku zwykliśmy zdawać sprawę z czynności ciał konstytucyjnych o ile się zajmowały sprawami stanu lekarskiego. W tym jednak roku chyba stwierdzić nam wypada, że czy z braku sił odpowiednich, któreby w tym kierunku chciały wziąść inicyjatywę, czy w skutek ważnych na porządku dziennym stojących spraw, które wpłynąć mogą na ustrój państwa, na stanowisko jego w obec zagranicy, rada państwa nie zajmowała się sprawami lekarskiemi o ile w zakres jéj prawodawstwa wchodzą. Podczas gdy z przyjemnością zapisać wypada, że właśnie w tym roku sejm galicyjski na tém polu nie mało zdziałał.

Nie możemy wreszcie milczeniem pominąć interpelacyi delegata Dr. Sturma w sprawie nagany, która się w udziale dostała lekarzom wojskowym ze strony Filipowicza. Minister wojny odpowiedział, że drogą urzędową o niczém go nie zawiadomiono, a więc żadnych wyjaśnień dać nie może. Nieomieszkał atoli ze swojéj strony wyrazić uznanie z powodu działania lekarzy wojskowych pełnego trudów i poświęcenia.

Profesorowi Ludwigowi wręczyli medycy wiedeńscy w dowód uznania i przywiązania, które uczucie wzbudzić potrafił w swoich uczniach podczas trzechletniéj działalności profesorskiéj. Bezpośrednim zaś powodem było to, że ministerstwo na żądanie profesora chemii należącego do składu wydziału filozoficznego zarządziło, aby odtąd już nie obaj odmieniając się egzaminowali przy pierwszém rygorozum, tylko profesor Dr. Barth.

Pokazało się z ukończeniem zapisów, że tego roku jeszcze mniéj uczniów się zapisało na wydział lekarski niż roku zeszłego. Liczba tychże nie przenosi wiele nad 600. Na pierwszym roku, a więc nowo wstępujących jest jednak więcéj niż zeszłego roku było. Ubytek w liczbie się tém tłumaczy, że zeszłoroczny rok piąty był bardzo liczny.

Dr. E. Machek.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 2 Stycznia. W roku ubiegłym świat naukowy poniósł dotkliwe straty. Z wielkich badaczy bliżéj nas obchodzących postradaliśmy cztery pierwszorzędne gwiazdy: Klaudyjusza Bernarda, Karola Rokitańskiego, których wspomnienie samo wystarcza, aby w każdym lekarzu wywołać smętne uczucia, Ernesta Webera, najstarszego z trzech braci znakomitych, fizyka, anatoma i fizyjologa, któremu nasza akustyka i optyka zawdzięczają swoje podstawy, i skromnego lekarza z Heilbronnu, Roberta Mayera, któremu mechanika ciepła i prawo o zachowaniu siły zapewniają sławę nieśmiertelną. Oprócz tych znakomitości pierwszorzędnych nauka opłakuje stratę takich pracowników, jakimi byli fizycy Becquerel, Ettinghausen i chemicy Gorup-Besanez, Regnault i Fudakowski. Obfite są i ubytki we wszystkich gałęziach lekarskich. I tak zmarli: anatomowie: Corbett, Dursy i Reissner; klinicyści: Bartels, Dietl, Lebert i Stokes; chirurdzy: Amussatowie ojciec i syn, Ciniselli, Gałęzowski, Hecker, Heuser, Hilton, Jackson, Jones, Kovacs, Mayer, Menzel, Polano, Ravoth, Voillemier; okuliści: Blessig i Welz; położnicy i ginekologowie: Blundell, Churchill, Germann, Labat, Peaslee; pedyjatr: Fleischmann; psychijatrzy: Foville, Prichard i Roller; higijeniści: Lion i Sander; balneolog: Julijusz Braun. Zmarli i trzéj weterani, reprezentanci dawniejszéj szkoły strasburskiéj: Ehrmann, Hirt i Schneiter; zmarli wreszcie w Niemczech: Graevell, założyciel pisma dawniéj bardzo rozpowszechnionego, Wallach, którego nazwisko wiąże się z ostatnim elektorem heskim i Ullersperger, który do saméj śmierci nie przestał pisać się lekarzem przybocznym ks. Leuchtenberga a odznaczał się głównie sprawozdaniami z literatury lek. hiszpańskiéj i portugalskiéj; zmarł wreszcie i głośny we Francyi Raspail. — Stan lekarski polski ubolewa nad śmiercią dwóch wielkich rodaków: Dietla i Gałęzowskiego; o ile pierwszy pracami swojemi zdobył sobie stanowisko w historyi nauki naszéj, tak zaszczytne, że na długie czasy wspomnienie jego pozostanie chlubą dla nas, o tyle ostatni rzadkiemi cnotami obywatelskiemi zaskarbił sobie uwielbienie wszystkich, tak że długo pozostanie wzorem, jak kraj i oświatę miłować należy. Przerzedziła się też znacznie liczba szeregowców naszych; uniwersytet nasz stracił pięciu wychowańców swoich, pomiędzy którymi znajduje się trzech krakowian; zmarli bowiem w kwiecie wieku: Dr. Stefan Strzelbicki (w Siedlcach), Dr. Michał Mohr (w Kroacyi), Dr. Morelowski (w Jaśle), Dr. Hinze (w Krakowie), i Dr. Szyszyłowicz (w Sieniawie). Zgaśli następnie Drowie Studzieniecki, Żebracki, Madejski (w Galicyi), Dworzaczek, Kochański, Henzel, Olszewski, Zahorowski, Ciepielewski, Siekaczyński, Langowski, Gasztowt, Pilecki, Kaczorowski, z których dwaj ostatni pozostawiają po sobie bardzo wdzięczne wspomnienie. Wreszcie wojna i dur zabrały również w kwiecie wieku wielką liczbę lekarzy rodaków, którzy na teatrach wojennych w Europie i Azyi nieśli pomoc swoją rannym i chorym wojownikom. Nazwiska ich staraliśmy się zapisywać skrzętnie w tygodniku naszym; nie powtarzamy ich, niestety dla wielkiéj ich liczby, jakkolwiek pomiędzy niemi znachodzą się nazwiska tak sympatyczne jak Gurbskiego, lub wiele obiecujące jak Pelikana. Cześć ich pamięci, pokój ich cieniom!

* Na wniosek kol. Dra M. Zieleniewskiego, który komisyja redakcyjna z małą zmianą jednogłośnie przyjęła, Przegląd Lek. odtąd umieszczać będzie regularnie tytuły rozpraw oryginalnych ogłaszanych w pismach Akademii Umiejętności, Medycyny, Gazety Lekarskiéj, Pamiętnika Tow. Lek warsz., i Dwutygodnika medycyny publ.

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 48 (od 24—30 listopada włącznie) umarło w Krakowie osób 35; męż. 19 i kob. 16; w obwodach osób 23, w szpitalach 12; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców wynosiła 32,5; we Lwowie 31.1; w Warszawie 26,9; w Wiedniu 26,9; w Budapeszcie 39,0; w Tryjeście 26,0; w Berlinie 28,1; w Wrocławiu 29,2; w Poznaniu 27,0; w Monachijum 27,6; w Dreźnie 23,0; w Lipsku 23 2; w Bazylei 27,2; w Brukseli 20,2; w Paryżu 28,7; w Londynie 23,7; w Kopenhadze 18,4; w Chrystyjanii 21,4; w Petersburgu 38,8; w Odesie 46,2; w Wenecyi 29,3; w Bukareszcie 26,7. W tymże czasie umarło w Krakowie z chorób zakaźnych osób 11; z dławca 3, z duru brzusznego 2, z róży 5, z kiły 1.

W tygodniu 49 (od 1 — 7 grudnia włącznie) umarło w Krakowie osób 32; męż. 16 i kob. 16; w obwodach 15 osób a szpitalach 17; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców obecnéj ludności wynosiła 28,6; we Lwowie 33,5; w Warszawie 20,5; w Wiedniu 28,3; w Budapeszcie 31,0; w Pradze 30,9; w Tryjeście 33,0; w Berlinie 24,8; w Wrocławiu 25,9; w Monachijum 30,2; w Dreźnie 23,5; w Bazylei 20,9; w Brukseli 18,0; w Paryżu 23,6; w Londynie 29,4; w Kopenhadze 17,0; w Chrystyjanii 16,6; w Petersburgu 36,8; w Odesie 28,7; w Bukareszcie 39.5; w Barcelonie 32,0. W tymże czasie umarło w Krakowie z chorób zakaźnych osób 5, z płonicy 2, z dławca 1, z krztuśca 1, z róży 1.

* **Wieden.** Posadę prymaryjusza w szpitalu Rudolfa otrzy-

mał Dr. Kiemann. — Zakład prywatny dla obłąkanych pani Pabstowéj objęli Drowie Svetlin i Zimmermann.

* **Budapeszt**. Tow. lekarskie obrało Dra Hirschlera po raz trzeci prezesem swoim; członkiem zaś honorowym Dra Jvânchicha we Wiedniu, a korespondentami prof. Otona Beckera w Heidelbergu i Dra Gallarda w Paryżu.

* **Niemcy**. Prof. Tröltsch w Würzburgu wystosował przedstawienie do urzędu kanclerskiego, należycie uzasadnione, wykazujące potrzebę znajomości otyjatryi dla lekarzy praktycznych i żądające, aby nauka ta uznaną została jako obowiązkowa.

* **Mianowania i odznaczenia.** Dr. Gwidon Baccelli, prof. kliniki lek. w Rzymie, mianowany został członkiem honorowym towarzystwa lekarsko-chirurg. w Londynie. — Dr. Ladreit de la Charrière w Paryżu otrzymał krzyż oficerski legii honorowéj za zasługi koło wystawy. — Docent prywatny anatomii patolog. w Fryburgu Dr. Ziegler mianowany prof. nadzw. — Dr. Maurycy Smoler, docent uniw. i prymaryjusz w zakładzie dla obłąkanych w Pradze czeskiéj, mianowany został dyrektorem szpitala powszechnego tamże.

* **Wiadomości osobowe**. Stopień Dra w. n. lek. uzyskał w d. 28 grudnia r. z. w Uniw. Jagiell. p. Wincenty Kułakowski z Wieliczki.

* **Nekrologija**. D. 11 grudnia umarł w Birmingham Dr. Birt Davies b. prof. medycyny sądowéj i kliniki lekarskiéj w Queens College, licząc lat 79. — W Stambule † 1 grudnia Dr. Millicen, lekarz lorda Byrona, który na jego rękach usnął w Missolunghi d. 19 kwietnia 1824 r. — W Nancy umarł Dr. Grandjean, zastępca prof. terapii.

* **Kraków** d. 3 Stycznia. Na posiedzeniu wczorajszém administracyjném Tow. lek. naszego po sprawozdaniach podskarbiego, sekretarza stałego i dorocznego, bibliotekarza i komisyj przystąpiono do wyborów na rok bieżący. Wybrani zostali: prezesem Dr. Władysław Ściborowski, wiceprezesem ponownie Dr. Aleksander Zarewicz, prymaryjusz w szpitalu Sgo Ducha, sekretarzem dorocznym Dr. Skórkowski, asystent przy katedrze fizyjologii, delegatem Towarzystwa do komisyi sanitarnéj miejskiéj ponownie prof. Janikowski; również skład komisyi redakcyjnéj Przegl. Lek. pozostaje niezmienionym. Ustępującemu po dwuletniém gorliwém urzędowaniu Drowi Domańskiemu, dotychczasowemu prezesowi, Towarzystwo uchwaliło podziękowanie oraz wręczenie albumu z fotogramami wszystkich członków.

Redakcyja otrzymała: Dra HENRYKA KADYIEGO (docenta U. J.): O oku kreta pospolitego, pod względem porównawczo-anatomicznym. Rozprawa habilitacyjna. Osobne odbicie z Pamiętn. Akad. Umiej. w Krakowie Wydz. III T. IV, Kraków 1878, in 4to z 2 tabl.

Dra Tadeusza BROWICZA (Zast. prof. U. J.): Wypadek badania doświadczalnego zmian nerek w zapaleniu ostrém. Osobne odbicie z rozpraw Akad. Umiej. Kraków 1878, in 8vo str. 13.

Pamiętnik Towarzystwa nauk ścisłych w Paryżu. Tom IX, Paryż 1877. Nakładem Biblioteki Kornickiéj, in 4to. Zawiera pomiędzy innemi Michała Girdwoynia: Patologiję ryb, czyli krótki rys o chorobach i potworach rybich, ozdobiony 11 tablicami.

Pamiętnik Towarzystwa nauk ścisłych w Paryżu. Tom X, Paryż 1878. Nakładem Biblioteki Kornickiéj, in 4to. Zawiera między innemi Teofila Chudzińskiego: Anatomiję porównawczą zwojów mózgowych z 9 tablicami.

Jahresbericht des Vereins der Ärzte in der Bukowina pro 1877 i 1878. Czrenorwce 1878, in 8vo str. 39. Zawiera Dra J. Schechta: Uiber epidem. Diphtheritis.

Piśmiennictwo lekarskie. ARMAGNAG H. Traité élémentaire d'ophthalmoscopie, d'optométrie et de réfraction oculaire. Av. 116 fig. 18. Paris. Delahaye.

ARCHIV f. mikroskopische Anatomie, hrsg. von v. la Valette St. George u. W. Waldeyer. 15 Bd. 3. Hft. Mit 12 Taf. u. 1 Holzschn. gr. 8. Bonn. Cohen et Sohn. M. 11.

AUZIAS-TURENNE. La Syphilisation. Gr. in-8. Paris. G. Baillère. Fr. 16.

BILLROTH Th. Éléments de pathologie chirurgicale. Trad. de l'allemand. précédés d'une introduct. par Verneuil. 8. Paris. Germ. Baillière. Fr. 14.

BIRNBAUM K. Einfache Methoden zur Prüfung wichtiger Lebensmittel auf Verfalschungen. 3. Aufl. 8. Karlsruhe. Gutsch. Pfg. 30.

BOULLET. Contributions à l'étude des lésions traumatiques de la base du crâne. 8. Paris. Delahaye. Fr. 3.

BUDIN P. des lésions traumatiques chez la femme dans les accouchements artificiels. In-8. Paris. Doin. Fr. 5.

CASPARI O. Virchow u. Haeckel vor dem Forum d. methodologischen Forschung. gr. 8. Augsburg. Lampart et Co. M. 1.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie **we Środę** dnia **8go Stycznia** o godz. 5 popołudniu posiedzenie, na którém: 1) Prof. Dr. Olszewski poda kilka uwag dotyczących zdrojów w Krynicy i Słotwinie. 2) Dr. Zieleniewski mówić będzie o ruchu i rozwoju zakładu zdrojowego w Krynicy w ostatnich pięciu latach.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok**.

W Administracyi PRZEGLĄDU LEKARSKIEGO

jest do pozbycia niewielka liczba kompletnych egzemplarzy **Przeglądu Lekarskiego** z lat 1873, 1874, 1875, 1876 i 1877.

PRZEWODNIK do klimatycznego leczenia

obejmujący stacyje klimatyczne Europy i Afryki, napisany przez Dra **Z. Dobieszewskiego**, można nabyć w Redakcyi Przeglądu Lek. po pięć zlr.

Konkurs

na posadę lekarza prymaryjusza przy szpitalu powszechnym w Sanoku z płacą roczną 500 zlr aw. Podania wnoszone być mają w przeciągu 6ciu tygodni do tutejszego magistratu, do których dołączyć należy dowód otrzymanego stopnia Dra wszech nauk lekarskich lub też przynajmniéj doktora medycyny, chirurgii i akuszeryi.

Ubiegający ma się także praktyką szpitalną wykazać

Sanok 7 Grudnia 1877.

ADMINISTRACYJA „Przeglądu Lekarskiego"

dostarczać będzie abonentom brakujących im Numerów **Przeglądu Lekarskiego** z r. 1878, po dzień 15 Lutego 1879 r.

Rok I. — 1879.

Rocznik Medycyny polskiéj

wydawany staraniem i nakładem Dra J. **ROGOWICZA**, Redaktora „Medycyny" wyszedł z druku w dwóch częściach:

Część I. (zbroszurowana) zawiera Przegląd roczny piśmiennictwa lekarskiego polskiego str. 200.

Część II. informacyjna i kalendarzowa (oprawiona w płótno angielskie z dodaniem ołówka) zawiera tekstu str. 72 i dziennik z kalendarzem na rok cały 1879, str. 192.

Cały zatem Rocznik zawiera 14½ arkuszy druku w 16ce i sprzedaje się: w **Administracyi Przeglądu Lekarskiego** i w księgarni **Krzyżanowskiego w Krakowie** po 1 złr. 35 cent., z przesłaniem pocztą 1 złr. 45 centów.

Objąwszy z dniem 18 października rb. urząd członka Wydziału i Podskarbiego Stowarzyszenia dla wydawnictwa dzieł lekarskich polskich upraszam wszystkich Członków tego Stowarzyszenia zalegających z opłatą składek aby takowe jak najrychléj na moje ręce nadesłać raczyli, nadmieniając, iż składki te nadsełać można łącznie z Przedpłatą na Przegląd Lekarski.

Dr. Grabowski.

Rynek Nr. 45.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Igo Stelcla.